

Eficiência e produtividade nas unidades hospitalares em Portugal: análise comparada dos regimes PPP e E.P.E.

Andreia dos Santos Ramos Afonso de Matos Morais Nunes

Orientador: Prof^a. Doutora Elisabete Reis de Carvalho

Coorientador: Prof. Doutor Modesto Cal Vasquez

Coorientador: Prof^a. Doutora Maria Helena Gonçalves Costa Ferreira
Monteiro

*Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Administração
Pública, especialidade de Administração da Saúde*

*Lisboa
2020*

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

Eficiência e produtividade nas unidades hospitalares em Portugal: análise comparada dos regimes PPP e E.P.E.

Andreia dos Santos Ramos Afonso de Matos Morais Nunes

Orientador: Prof^a. Doutora Elisabete Reis de Carvalho

Coorientador: Prof. Doutor Modesto Cal Vasquez

Coorientador: Prof^a. Doutora Maria Helena Gonçalves Costa Ferreira Monteiro

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Administração
Pública, especialidade de Administração da Saúde

Júri:

Presidente:

- Doutor Heitor Alberto Coelho Barras Romana, Professor Catedrático e Presidente do Conselho Científico do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Vogais:

- Doutor Joaquim Filipe Ferraz Esteves de Araújo, Professor Catedrático Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho;
- Doutor Ricardo João Magro Ramos Pinto, Professor Associado Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Elisabete Reis de Carvalho, Professora Auxiliar Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, orientadora;
- Doutora Ana Maria Pereira dos Santos, Professora Auxiliar Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Sandra Isabel Rasteiro Firmino, Professora Auxiliar Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Sofia Maria Lopes Portela, Professora Auxiliar Convidada ISCTE Business School – Instituto Universitário de Lisboa;

Lisboa
2020

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso acadêmico, pautado por algumas superações de vida, foram várias as pessoas que contribuíram para a sua realização e às quais presto aqui toda a minha gratidão.

Em primeiro lugar, agradeço aos Senhores Professores que fizeram parte deste percurso. Foram eles o pilar da caminhada que agora termina e serão sempre as minhas referências.

Um agradecimento especial aos meus orientadores, de quem me orgulho ter sido orientanda. À Professora Doutora Elisabete Carvalho, pela forma cativante e dedicada com que partilhou os seus conhecimentos e por todo o saber determinante na elaboração desta investigação. À Professora Helena Monteiro, pelo seu apoio ao longo de todo o percurso e pela sempre produtiva troca de ideias. Ao Professor Cal Vasquez pela transmissão dos conhecimentos indispensável à elaboração do presente estudo.

Agradeço também à Coordenação do Doutoramento, nomeadamente ao Professor Doutor João Ricardo Catarino, ao Professor João Bilhim e ao Professor Ricardo Ramos Pinto, pelo acompanhamento ao longo deste percurso.

Ao Professor Paulo Macedo, que desde o início me deu um forte incentivo à elaboração deste trabalho, motivando-me para o seu desenvolvimento.

Ao Dr. Tiago Gonçalves, pela sua paciência e pelo empenho com que sempre resolveu os percalços necessários à conclusão deste percurso.

Aos meus dois grandes pilares, família e amigos. Por todo o apoio e compreensão. Em especial à minha amiga Raquel, que me deu força para acreditar que eu não iria falhar este objetivo e à minha amiga Gabriela, por ter estado sempre lá durante esta longa caminhada.

O maior agradecimento ao meu marido, pela partilha de mais este percurso de vida. Sem o seu companheirismo, o seu grande apoio e compreensão, nada disto seria possível.

E à minha filha, a razão maior de estar hoje a escrever estas palavras.

RESUMO

Ao longo dos anos, em Portugal, as sucessivas reformas na gestão hospitalar acompanharam as transformações dos modelos de administração pública na tentativa de conseguir uma maior eficiência dos serviços, contribuindo para uma redução dos desperdícios e para a sustentabilidade do setor da saúde. Deste modo, foi estabelecida uma relação de proximidade da gestão dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde ao setor privado, através da adoção de práticas empresariais nos hospitais públicos e do estabelecimento de relações com o setor privado, das quais se destacam as parcerias público-privadas hospitalares.

O presente estudo teve como objetivo comparar o comportamento, em termos de eficiência técnica e produtividade, da gestão nas unidades hospitalares do setor público, em regime E.P.E. e PPP, entre os anos 2013 e 2017. De forma complementar, procedeu-se à análise de indicadores de qualidade nos hospitais que apresentaram maiores diferenciais nos scores de eficiência, na análise por grupo de financiamento. Metodologicamente, recorreu-se à técnica Data Envelopment Analysis (DEA) para apurar os resultados de eficiência técnica, ao índice de Malmquist para determinar os resultados de produtividade e a entrevistas semiestruturadas, analisadas com recurso à análise de conteúdo para avaliar a perceção dos entrevistados relativamente aos motivos que influenciam a relação entre eficiência e qualidade

Como principais resultados, verificou-se que: i) a média dos scores de eficiência é mais elevada nas unidades hospitalares em regime PPP. ii) os hospitais PPP apresentaram um maior crescimento da produtividade do que os hospitais E.P.E.; iii) os hospitais PPP, criados em regime de substituição, revelaram ser mais produtivos do que eram previamente à introdução da parceira; iv) os hospitais mais produtivos não são os que apresentam melhores indicadores de qualidade. Como principal conclusão, de acordo com os resultados obtidos, verifica-se que existe uma tendência de melhores resultados de eficiência e produtividade nos hospitais em regime de PPP.

Palavras-chave: Hospitais; Entidades Públicas Empresariais; Parcerias Público-Privadas; Eficiência; Produtividade; Qualidade.

ABSTRACT

Successive reforms in hospital management in Portugal have sought to follow the transformations of public administration models to increase the efficiency of health care delivery services. This way, the reduction of waste and the guarantee of the sustainability of the health sector were both expected. Thus, a close relationship between the management of public hospitals and the private sector was established, through the adoption of business practices by the former (by creating corporatized hospitals, EPE) and the establishment of the so-called public-private partnerships (PPP).

This study compared the technical efficiency and productivity of the two groups of public hospital units, i.e. EPE and PPP, between 2013 and 2017. In addition, the study analysed quality indicators in hospitals that presented the greatest differentials in efficiency levels, based on the analysis by financing group. Methodologically, the study used the Data Envelopment Analysis model to estimate the technical efficiency levels associated with those hospital groups, (b) the Malmquist index to scrutinise the evolution of productivity, and, finally, (c) semi-structured interviews and content analysis to evaluate the interviewees' perception about the reasons underlying the relationship between efficiency and quality.

PPP hospitals (i) are, on average, more efficient than EPE units, (ii) exhibited higher productivity growth compared to hospitals in the corporate public sector, and (iii) replacement PPP hospitals proved to be more productive than they were prior to the introduction of the partnership. In addition, it should be noted that the most productive hospitals are not necessarily those ones with the best quality indicators. According to the achieved results, one may conclude that there is a trend towards higher efficiency and productivity levels in PPP hospitals.

Keywords: Hospitals; Corporatized Hospitals; Public-Private Partnerships; Efficiency; Productivity; Quality.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS	- Administração Central do Sistema de Saúde
BCC	- Banker, Charnes e Cooper
CCR	- Charnes, Cooper e Rhodes
CHA	- Centro Hospitalar do Algarve
CHAA	- Centro Hospitalar do Alto Ave
CHBM	- Centro Hospitalar Barreiro – Montijo
CHBV	- Centro Hospitalar do Baixo Vouga
CHCB	- Centro Hospitalar Cova da Beira
CHDV	- Centro Hospitalar de entre Douro e Vouga
CHLC	- Centro Hospitalar de Lisboa Central
CHLN	- Centro Hospitalar de Lisboa Norte
CHLO	- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
CHLP	- Centro Hospitalar Leiria-Pombal
CHMA	- Centro Hospitalar do Médio Ave
CHTMAD	- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
CHMT	- Centro Hospitalar Médio Tejo
CHP	- Centro Hospitalar do Porto
CHPVVC	- Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/ Vila do Conde
CHS	- Centro Hospitalar de Setúbal
CHSJ	- Centro Hospitalar de São João
CHTS	- Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
CHTV	- Centro Hospitalar Tondela-Viseu
CHUC	- Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
CHVNGE	- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
CPC	- Custo Público Comparável
CReSAP	- Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública
CRP	- Constituição da República Portuguesa
CRS	- <i>Constant Returns to Scale</i>
DEA	- <i>Data Envelopment Analysis</i>
DMU	- <i>Decision Making Unit</i>
EGED	- Entidade Gestora do Edifício

EGEST - Entidade Gestora do Estabelecimento
E.P.E. - Entidade Pública Empresarial
EPC - Entidade Pública Contratante
EMPS - Estrutura de Missão Parcerias.Saúde
EUA - Estados Unidos da América
HB - Hospital de Braga
HC - Hospital de Cascais
HFF - Hospital Distrital da Figueira da Foz
HDS - Hospital Distrital de Santarém
HESE - Hospital Espírito Santo em Évora
HFF - Hospital Fernando da Fonseca
HGO - Hospital Garcia de Orta
HL - Hospital de Loures
HSMM - Hospital Distrital Santa Maria Maior
HSOG - Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães
HVFX - Hospital de Vila Franca de Xira
NPG – *New Public Governance*
NPM - *New Public Management*
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PFI - Private Finance Initiatives
PPP - Parceria Público-Privada
S.A. - Sociedade Anónima
SBM - *Slacks-Based Measure*
SFA - *Stochastic Frontier Analysis*
SEE - Setor Empresarial do Estado
SCUT - Portagens sem Custo para o Utilizador
SPA - Setor Público Administrativo
SPV - *Special Purpose Vehicle*
TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos
ULS - Unidade Local de Saúde
UTAP - Unidade Técnica de Acompanhamento de Parcerias
VRS - *Variable Returns to Scale*

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	i
RESUMO	iii
ABSTRACT	v
LISTA DE ABREVIATURAS	vii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Objeto de estudo, problema, relevância e objetivos	1
1.2. Opções metodológicas	9
1.3. Estrutura da tese.....	11
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
2. PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS.....	14
2.1. Conceito	14
2.2. Tipos de PPP	16
2.3. Aspectos relevantes na opção por PPP	19
2.3.1. <i>Value for money</i>	20
2.3.2. O custo público comparável.....	21
2.3.3. A partilha do risco.....	23
2.3.4. Vantagens e Desvantagens.....	25
2.3.5. Aspectos relevantes na implementação de uma PPP	27
2.4. A experiência Portuguesa	28
2.4.1. Projetos PPP realizados nos diferentes setores de atividade.....	30
2.4.2. Instrumentos de relação jurídica das PPP em Portugal.....	33
2.4.3. Repartição de responsabilidades e partilha de riscos	33
2.4.4. Pressupostos das PPP realizadas em Portugal	34
2.4.5. Desenvolvimento do processo de contratação da parceria entre 2003 e 2012....	35
2.4.6. Desenvolvimento do processo de contratação da parceria desde 2012	37
3. A EVOLUÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: CONTEXTO HISTÓRICO... 45	
3.1. Modelos/ Perspetivas	48
3.1.1. Modelo Burocrático ou Weberiano.....	48
3.1.2. <i>New Public Management</i>	50
3.1.3. <i>New Public Governance</i>	58
4. TEORIA INSTITUCIONAL.....	66

4.1. Institucionalismo económico	69
4.2. Teoria da escolha racional	71
4.2.1. Novo institucionalismo económico.....	73
4.2.2. Teoria da escolha pública.....	83
5. DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: INFLUÊNCIA NO SETOR DA SAÚDE.....	90
5.1. Influência da <i>New Public Management</i> e da <i>New Public Governance</i> no setor da saúde	90
5.2. Modelos de gestão das unidades hospitalares em Portugal	93
5.2.1. Gestão hospitalar nas Entidades Públicas Empresariais	94
5.2.2. Gestão hospitalar em regime de Parceria Público-Privada	96
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	98
6. MODELO DE ANÁLISE	98
6.1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	98
6.1.1. Parceria Público-Privada e Entidade Pública Empresarial	98
6.1.2. Eficiência, produtividade e qualidade	99
6.1.3. Indicadores de atividade e produção hospitalar	105
6.2. Hipóteses de Investigação.....	106
6.3. Questões de Investigação.....	107
7. CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	108
7.1. Hospitais Empresa (E.P.E.)	109
7.2. Hospitais PPP.....	115
7.2.1. O tipo de PPP no setor da saúde em Portugal	117
7.2.2. O processo concursal das PPP na saúde em Portugal	119
7.2.3. Custos e tempos associados à aplicação da fase de processo	121
7.2.4. Monitorização, acompanhamento e controlo no desenvolvimento dos projetos PPP no setor da saúde.....	126
7.2.5. A gestão, coordenação, o acompanhamento e a avaliação das PPP existentes.	128
7.2.6. O processo de renegociação de contratos PPP no setor da saúde	133
8. OPÇÕES METODOLÓGICAS	135
8.1. Avaliação da eficiência e da produtividade	135
8.1.1. Metodologias usadas para apurar a eficiência.....	135
8.1.2. Metodologia Stochastic frontier analysis	137

8.1.3. Estudos nacionais e internacionais sobre avaliação da eficiência hospitalar com recurso à DEA	142
8.1.4. Avaliação da produtividade com recurso ao índice de Malmquist	150
8.2. Percurso metodológico	150
8.3. Tipos de estudo	152
8.4. Objetivos	155
8.5. Orientações da análise quantitativa	156
8.5.1. Definição das variáveis	156
8.5.2. População/amostra	157
8.5.3. Fonte de dados	158
8.5.4. Definição do modelo	159
8.5.5. Tempos e meios	162
8.5.6. Caracterização dos dados da amostra	162
8.6. Orientações das entrevistas (análise qualitativa)	179
8.6.1. Definição do modelo	180
8.6.2. População/amostra	181
8.6.3. Categorização	182
8.6.4. Aspectos éticos e legais tidos em consideração	183
9. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	184
9.1. Apresentação e análise dos resultados	184
9.1.1. Hipótese 1	184
9.1.2. Hipótese 2	200
9.1.3. Hipótese 3	204
9.1.4. Hipótese 4	205
9.2. Discussão dos resultados	226
10. CONCLUSÕES	232
10.1. Principais conclusões	232
10.2. Limitações ao estudo e sugestões futuras	235
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	237

Índice de Quadros

Quadro 1 - Estrutura da tese	13
Quadro 2 - Definições de parcerias público-privadas	15
Quadro 3 - Características transversais aos vários modelos de parcerias público-privadas.....	16
Quadro 4 - Principais modalidades de PPP referidas na literatura	17
Quadro 5 - Riscos específicos de uma parceria público-privada.....	24
Quadro 6 - Categorias dos riscos nas parcerias público-privadas	25
Quadro 7 - Vantagens e desvantagens pela adoção do modelo PPP	26
Quadro 8 – Fases da implementação de uma PPP	27
Quadro 9 – Pressupostos a ter em conta no desenvolvimento da PPP	28
Quadro 10 - As PPP realizadas em Portugal no setor rodoviário	31
Quadro 11 - As subconcessões realizadas em Portugal no setor rodoviário	31
Quadro 12 - As PPP realizadas em Portugal no setor ferroviário	32
Quadro 13 - As PPP realizadas em Portugal no setor da saúde.....	32
Quadro 14 - As PPP realizadas em Portugal na segurança interna	32
Quadro 15 - Processo de formulação de PPP em Portugal de 2003 a 2012	35
Quadro 16 – Competência da equipa de projeto nomeada pela Unidade Técnica	40
Quadro 17 – Elementos constantes no Despacho Conjunto de aprovação à parceria	40
Quadro 18 – Competências da comissão de negociação	42
Quadro 19 – Objetivos da centralização das atividades de acompanhamento e fiscalização das parcerias na UTAP.....	43
Quadro 20 – Documentos de publicitação obrigatória pela UTAP	44
Quadro 21 - Principais características do modelo burocrático proposto por Max Weber.....	49
Quadro 22 - Principais características da <i>New Public Management</i>	55
Quadro 23 - Características da <i>New Public Management</i> e Programas de Governo (I ao IX) ..	56
Quadro 24 - Características da <i>New Public Management</i> e Programas de Governo (X ao XVII)	56
Quadro 25 - Características da NPM adotadas na reforma do setor da saúde, em Portugal	92
Quadro 26 - Estudos sobre trade-off entre eficiência e qualidade.....	104
Quadro 27 - Definição das principais linhas de atividade na produção hospitalar	106
Quadro 28 - Regime jurídico aplicado aos hospitais, em Portugal	108
Quadro 29 - Modelos de organização dos hospitais	108

Quadro 30 - Legislação aplicada	109
Quadro 31 - Evolução da organização dos hospitais, em Portugal, desde 1946 até à aprovação da Lei de Gestão Hospitalar.....	110
Quadro 32 - Experiências de gestão realizadas em Portugal.....	115
Quadro 33 - Comparação entre o custo público comparável e a melhor oferta privada	117
Quadro 34 - Definição do modelo de PPP aplicado em Portugal.....	119
Quadro 35 – Fases do procedimento concursal	121
Quadro 36 – Conjunto de ações concretizadas pela EMPS para melhoria do processo de PPP na saúde	123
Quadro 37 – Programa de parcerias hospitalares previsto para Portugal	124
Quadro 38 – Unidades de PPP previstas para a segunda vaga, por ordem de prioridade	125
Quadro 39 – Principais funções da Comissão Conjunta.....	127
Quadro 40 – Principais funções da Comissão de Acompanhamento Permanente das parcerias	127
Quadro 41 – Funções atribuídas ao Gestor do Contrato.....	129
Quadro 42 – Estrutura geral da gestão dos contratos de PPP na saúde	130
Quadro 43 – Entidades intervenientes no acompanhamento e avaliação das parcerias em saúde	132
Quadro 44 - Vantagens da metodologia DEA, segundo a literatura	140
Quadro 45 - Principais características do modelo DEA	141
Quadro 46 - Estudos nacionais sobre eficiência hospitalar com recurso à DEA	143
Quadro 47 - Estudos internacionais sobre eficiência hospitalar com recurso à DEA	144
Quadro 48 - <i>Inputs/Outputs</i> definidos para o estudo.....	157
Quadro 49 - População definida para o estudo.....	158
Quadro 50 - Principais características do modelo DEA aplicado	160
Quadro 51 – Eficiências relativas usadas no cálculo do índice de Malmquist.....	161
Quadro 52 – Caracterização dos <i>inputs</i> e <i>outputs</i> para o ano 2013	163
Quadro 53 – Caracterização dos <i>inputs</i> e <i>outputs</i> para o ano 2014.....	165
Quadro 54 – Caracterização dos <i>inputs</i> e <i>outputs</i> para o ano 2015	168
Quadro 55 – Caracterização dos <i>inputs</i> e <i>outputs</i> para o ano 2016.....	170
Quadro 56 – Caracterização dos <i>inputs</i> e <i>outputs</i> para o ano 2017	173
Quadro 57 – Guião de entrevista	180
Quadro 58 – Definição das categorias e subcategorias	182

Quadro 59 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2013	184
Quadro 60 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2014	185
Quadro 61 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2015	186
Quadro 62 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2016	187
Quadro 63 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2017	188
Quadro 64 – Número de unidades hospitalares eficientes, por regime jurídico, entre 2013 e 2017	189
Quadro 65 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2013 (com critérios de supereficiência).....	189
Quadro 66 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2014 (com critérios de supereficiência).....	190
Quadro 67 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2015 (com critérios de supereficiência).....	191
Quadro 68 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2016 (com critérios de supereficiência).....	192
Quadro 69 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2017 (com critérios de supereficiência).....	192
Quadro 70 – Elementos estatísticos sobre os <i>scores</i> de eficiência dos hospitais em estudo E.P.E e PPP, entre 2013 e 2017	194
Quadro 71 - Elementos estatísticos sobre os <i>scores</i> de eficiência dos hospitais E.P.E., entre 2013 e 2017	196
Quadro 72 – Elementos estatísticos sobre os <i>scores</i> de eficiência dos hospitais PPP, entre 2013 e 2017	198
Quadro 73 - Evolução da produtividade dos centros hospitalares, no período 2013-2017	200
Quadro 74 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência, entre 2013 e 2016, no Grupo B	206
Quadro 75 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência, entre 2013 e 2016, no Grupo C	206
Quadro 76 – <i>Ranking</i> de <i>scores</i> de eficiência, entre 2013 e 2016, no Grupo D.....	207
Quadro 77 – Análise estatística dos indicadores de qualidade do Grupo B, entre 2013 e 2016	209
Quadro 78 – Análise estatística dos indicadores de qualidade do Grupo C, entre 2013 e 2016	210
Quadro 79 – Análise estatística dos indicadores de qualidade do Grupo D, entre 2013 e 2016	211

Quadro 80 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 1	213
Quadro 81 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 2	213
Quadro 82 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 3 (parte 1).....	215
Quadro 83 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 3 (parte 2).....	216
Quadro 84 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 4	218
Quadro 85 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 5 (parte 1).....	220
Quadro 86 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 5 (parte 2).....	220
Quadro 87 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 6 (classificação nível de eficiência)	222
Quadro 88 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 6 (justificação do nível de eficiência)	222
Quadro 89 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 6 (classificação nível de qualidade)	224
Quadro 90 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 6 (justificação do nível de qualidade)	224

Índice de Figuras

Figura 1 - Despesa corrente total em saúde e em unidades hospitalares públicas, em milhões de euros, entre 2000 e 2016.....	3
Figura 2 - Despesa corrente em saúde, por agente prestador (2000 e 2016).....	4
Figura 3 – Classificação dos riscos nas parcerias público-privadas.....	25
Figura 4- Avaliação da eficiência com recurso aos modelos SFA vs DEA.....	136
Figura 5 – Percurso metodológico.....	151
Figura 6 - Grupos de financiamento para o setor hospitalar definidos pela ACSS.....	154
Figura 7 - Comportamento evolutivo dos custos médios com a atividade assistencial nos hospitais, por estatuto jurídico, entre 2013-2017.....	176
Figura 8 - Comportamento evolutivo do número médio de doentes saídos do internamento hospitalar, por estatuto jurídico, entre 2013-2017.....	176
Figura 9 - Comportamento evolutivo do número médio de sessões de hospital de dia, por estatuto jurídico, entre 2013-2017.....	177
Figura 10 - Comportamento evolutivo do número médio de episódios de urgência, por estatuto jurídico, entre 2013-2017.....	178
Figura 11 - Comportamento evolutivo do número médio de consultas externas realizadas, por estatuto jurídico, entre 2013-2017.....	178
Figura 12 - Comportamento evolutivo do número médio de cirurgias realizadas, por estatuto jurídico, entre 2013-2017.....	179
Figura 13 - Evolução dos resultados de eficiência média das unidades hospitalares E.P.E. e PPP, entre 2013 e 2017.....	199
Figura 14 - Tendência da produtividade nos hospitais E.P.E. e PPP, 2014/2013.....	202
Figura 15 - Tendência da produtividade nos hospitais E.P.E. e PPP, 2015/2014.....	202
Figura 16 - Tendência da produtividade nos hospitais E.P.E. e PPP, 2016/2015.....	203
Figura 17 - Tendência da produtividade nos hospitais E.P.E. e PPP, 2017/2016.....	203
Figura 18 - Variação de produtividade antes e após concretização das parcerias.....	204
Figura 19 - Comparação dos valores médios dos <i>scores</i> de eficiência dos hospitais que integram cada grupo de financiamento, entre 2013 e 2016.....	208

1. INTRODUÇÃO

Este documento constitui uma tese apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa para cumprimento dos requisitos do programa doutoral em Administração Pública, na especialidade de Administração da Saúde. Foi realizado sob orientação científica da Professora Doutora Elisabete Reis de Carvalho e coorientação da Professora Maria Helena Monteiro e do Professor Doutor Modesto Cal Vazquez.

O presente trabalho tem como tema a transferência/concessão da prestação de cuidados de saúde do setor público para o privado, fazendo uma análise dos resultados de eficiência das parcerias público-privadas estabelecidas para a prestação de cuidados de saúde hospitalares.

1.1. Objeto de estudo, problema, relevância e objetivos

A Constituição da República Portuguesa defende o direito universal à proteção da saúde, no artigo 64.º, sendo este partilhado entre a sociedade, as instituições democráticas e o próprio cidadão, que tem o dever de a promover (Constituição da República Portuguesa [CRP], 2005; Nunes, 2014, p.29). Esta foi uma grande conquista civilizacional, fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde da população (Nunes, 2014, p.29).

Desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que a matéria da promoção dos direitos de acesso tem sido uma das prioridades da política de saúde, particularmente ao nível dos cuidados diferenciados. A partir de meados dos anos 90 (com a realização de experiências de gestão inovadoras) e mais tarde em 2002, por influência da *New Public Management*, a agenda política da saúde incluiu também uma profunda reforma no SNS, orientada para as necessidades dos utentes e para a promoção de uma maior eficiência e qualidade na gestão dos serviços de saúde, nomeadamente no setor hospitalar (Nunes & Ferreira, 2018; Nunes & Matos, 2017).

Desde a publicação da Lei da Gestão Hospitalar de 2002 (Lei nº 27/2002, de 8 de novembro), que tem sido uma medida transversal a todos os governos a transformação do estatuto jurídico dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA) para o modelo de Parceria Público-Privada (PPP) ou, na maioria dos casos, para o Setor Empresarial do Estado, através

da constituição de Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.) (Nunes, 2014, p.101) (ocorreu recentemente a última transformação no Centro Hospitalar do Oeste, através do Decreto-Lei n.º 44/2018 de 18 de junho). Na base da adoção destes modelos está a suposição de que a procura por novos modelos de gestão possibilita ganhos de eficiência, quer pela redução de custos, quer pelo aumento da produção hospitalar (Nunes, 2014, p.31).

No caso particular do modelo PPP, para além da redução da despesa e da promoção da eficiência subjacente ao modelo de gestão privado (Bevir, 2010, p.10), a sua adoção teve ainda como objetivo ultrapassar a limitação do investimento público na construção de novas unidades hospitalares (Marques & Silva, 2008).

Atualmente os sistemas de saúde enfrentam ainda algumas limitações de recursos, resultantes da crise financeira e económica dos últimos anos e da pressão exercida pela inovação tecnológica e farmacêutica (Ferreira, Marques, & Nunes, 2018). Contudo, em Portugal, o grande problema do setor da saúde não se deve apenas a um aparente subfinanciamento, mas também à forma como os recursos são utilizados (Nunes, 2014, p.30). Por esse motivo, são cada vez mais procuradas na eficiência e na adequada gestão dos escassos recursos disponíveis, as soluções para a promoção da sustentabilidade (Ferreira, Marques, Nunes, & Figueira, 2017). Esta questão coloca-se, quer pelo lado da oferta, através do desenvolvimento tecnológico e da inovação terapêutica (mesmo com as incertezas relativas à relação do seu custo-benefício), quer do lado da procura, com populações cada vez mais envelhecidas e com um aumento da incidência das doenças crónicas (Jacobs, Smith, & Street, 2006, p.1; Simões & Marques, 2011).

Assim, a procura da eficiência tornou-se um objetivo central dos decisores políticos na maioria dos sistemas de saúde (Arocena & García-Prado, 2007). No caso das unidades hospitalares esta é medida em função dos custos e da produção desenvolvida em cada linha de atividade (internamentos, consultas externas, cirurgias, episódios de urgência e sessões de hospital de dia) (Harfouche, 2010). Os hospitais encontram-se assim sob pressão no desempenho da sua atividade, quer em termos dos recursos utilizados, quer pela quantidade e qualidade dos seus resultados (Gok & Sezen, 2013). A questão da avaliação da eficiência depende da existência de consumos (*inputs*) e de resultados (*outputs*), cuja medição só foi

conseguida com o desenvolvimento dos sistemas de informação, que permitiram o acompanhamento e monitorização da atividade (Jacobs et al., 2006, p.1).

A crescente evolução da despesa em saúde, particularmente com os hospitais, a sustentabilidade do sistema e o défice de estudos sobre as parcerias público-privadas na saúde (principalmente ao nível da sua comparação com os restantes hospitais públicos), foram os motivos que estiveram na base do problema e da sua respetiva relevância, incentivando, deste modo, a realização deste estudo. A figura 1 apresenta, de forma global, a evolução dos custos do sistema de saúde¹ português (despesa corrente total) e, em particular, os gastos com unidades hospitalares, desde o ano 2000 ao ano 2016².

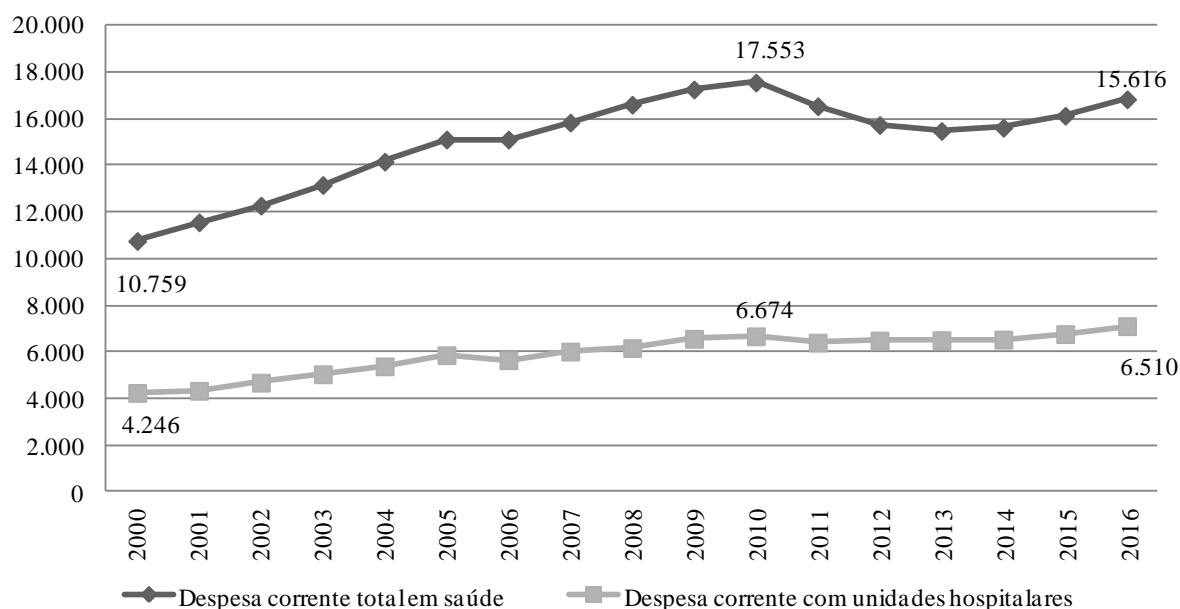


Figura 1 - Despesa corrente total em saúde e em unidades hospitalares públicas, em milhões de euros, entre 2000 e 2016

Fonte: INE - Instituto Nacional de Estatística (2018)

Para ilustrar a importância do estudo sobre a eficiência das unidades hospitalares, apresenta-se, na figura seguinte, o peso da participação destas unidades na despesa corrente total em saúde, por agente prestador.

¹ O sistema de saúde em Portugal organiza-se em torno do Serviço Nacional de Saúde, cujo financiamento depende fundamentalmente do orçamento de Estado, sendo a tributação geral a sua principal fonte (Barros, 2012).

² Último ano com dados disponíveis no Instituto Nacional de Estatística, publicados em junho de 2018.

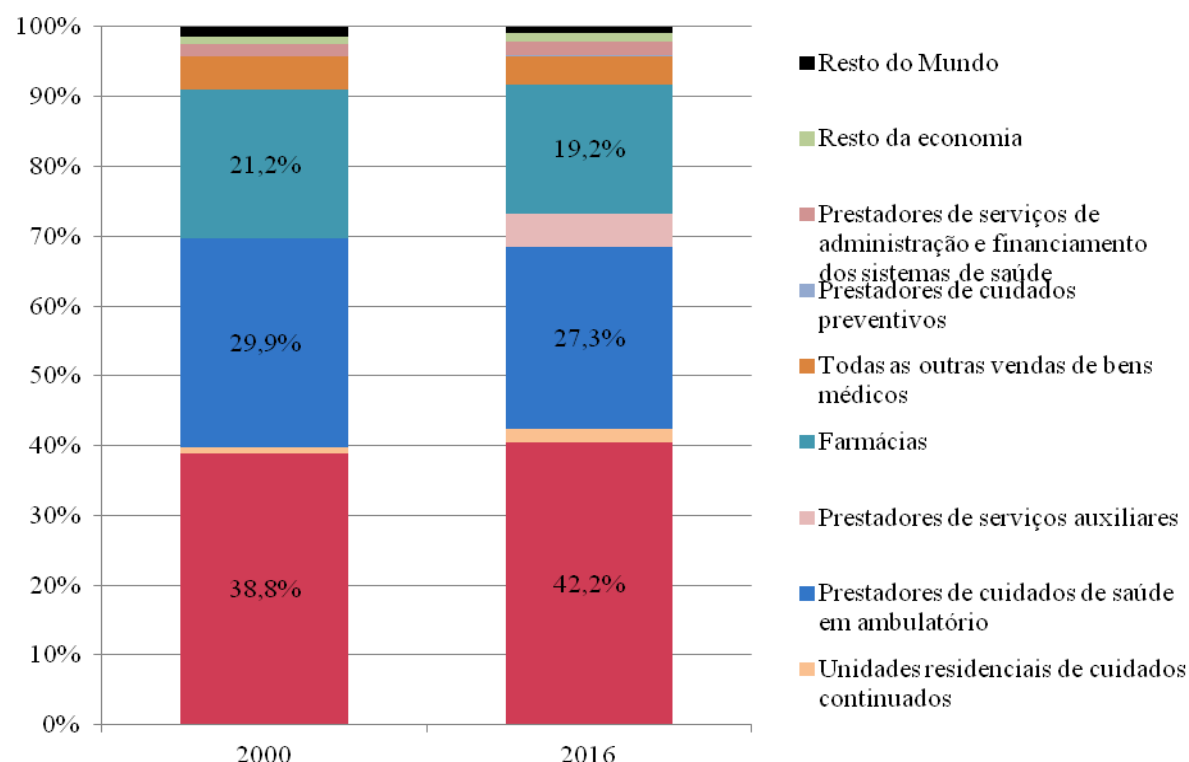


Figura 2 - Despesa corrente em saúde, por agente prestador (2000 e 2016)
Fonte: INE - Instituto Nacional de Estatística (2018)

Nos anos 2000 e 2016 observam-se alterações significativas na estrutura da despesa corrente em saúde, por agente prestador de cuidados. Entre os principais prestadores regista-se, neste período de tempo, um aumento do peso da despesa com os hospitais de 3,4 pontos percentuais (38,8% no ano 2000 e 42,2% em 2016), verificando-se, em sentido inverso, uma redução da importância relativa dos prestadores de cuidados de saúde em ambulatório (29,9% no ano 2000 e 27,3% em 2016) e da despesa com farmácias (21,2% no ano 2000 e 19,2% em 2016). Verifica-se também que os hospitais são os que representam a maior parte da despesa em saúde.

Assim, o aumento do peso da despesa com hospitais despoletou o interesse para a importância da realização deste estudo, tanto para o setor empresarial do Estado, como para o regime de parceria público-privada (PPP).

No âmbito da comparação entre hospitais E.P.E. e PPP, o Tribunal de Contas (2013), num relatório de auditoria às PPP, refere o seguinte:

Não existe, na prática, comparação, dos custos para o SNS, entre unidades em PPP e noutros regimes. Mas da informação recolhida durante os trabalhos de auditoria, verifica-se o interesse dos gestores dos contratos, relativamente à mesma comparação, uma vez que esta seria útil para contextualizar os quantitativos de produção apresentados nas propostas do Estado, nas negociações de produção anuais ocorridas com as concessionárias (p.49).

O mesmo relatório considera ainda pertinente o interesse demonstrado pelas entidades gestoras das concessionárias no desenvolvimento de estudos comparativos entre as unidades PPP com as restantes unidades do SNS (Tribunal de Contas, 2013). Neste documento é também referido que o Ministério da Saúde partilha destas mesmas preocupações, havendo o intuito de ser feita essa análise pela parte da Administração Central do Sistema de Saúde (Tribunal de Contas, 2013).

Como tal, dada a referida escassez de estudos sobre a comparação das unidades hospitalares E.P.E. e PPP e a importância dos mesmos para os diversos intervenientes, o presente estudo pretende dar um contributo para o aumento do conhecimento sobre esta realidade. Perante a diferença entre o regime jurídico dos hospitais E.P.E. e PPP, considera-se relevante o estudo dos resultados, em termos de eficiência na gestão, que permitam comparar cada um dos modelos nas suas principais linhas de atividade. Pretende-se também analisar a comparação entre as unidades hospitalares PPP em regime de substituição³, com as respetivas unidades antes do estabelecimento do acordo de parceria, dado que não existe, até à data, nenhum estudo neste âmbito.

Para guiar a revisão da literatura, as opções para o desenho de pesquisa, a orientação do estudo, evitar desvios e preparar as decisões relativas à recolha e análise dos dados, foi definida a seguinte pergunta de partida: " Qual o efeito do quadro legal das entidades públicas empresariais e das parcerias público-privadas, em termos de eficiência e produtividade na gestão da atividade hospitalar, entre 2013 e 2017 e o possível impacto na qualidade?".

³ Unidades hospitalares PPP em regime de substituição são aquelas que foram construídas em locais onde já existia um hospital público, que encerra para dar lugar ao novo hospital PPP.

Na base da definição da pergunta de partida foi tida em conta a articulação de aspetos como a clareza, a precisão e a exequibilidade, de modo a que esta seja passível de ser investigada. Para além destes fatores, foi considerada a pertinência/relevância atual do tema, servindo este estudo como um complemento de estudos anteriores sobre a temática. Objetiva-se, assim, que as respostas à pergunta de partida possam contribuir para o aumento do conhecimento sobre a área em estudo.

Como tal, foram definidos para o presente estudo os objetivos, gerais e específicos, que a seguir se apresentam.

Objetivo geral:

- Comparar o comportamento, em termos de eficiência técnica e de produtividade, da atividade desenvolvida em meio hospitalar, nas unidades do setor público, em regime E.P.E. e PPP, entre os anos 2013 e 2017.

Objetivos específicos:

- Analisar a evolução da eficiência técnica nos hospitais E.P.E. e PPP;
- Analisar o comportamento da produtividade nos hospitais E.P.E. e PPP;
- Comparar a eficiência técnica de cada hospital em regime PPP com as restantes unidades integradas no respetivo grupo hospitalar;
- Comparar a produtividade dos hospitais PPP, criados em regime de substituição, antes e após a realização da parceria;
- Analisar aspetos sobre a qualidade nos hospitais que apresentem maiores diferenciais nos scores de eficiência⁴.

As parcerias público-privadas desenvolveram-se nos países europeus, tendo sido criados mecanismos que podem apresentar diferentes tipologias, em diferentes setores de atividade (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2008).

A necessidade de construir ou restaurar infraestruturas, juntamente com a necessidade de poupar recursos, devido à restrição orçamental imposta aos países europeus, motivou a

⁴ Esta análise será realizada para o período temporal de 2013-2016, dado que as entrevistas foram realizadas ao longo do ano 2018, com dados disponíveis até ao ano 2016.

implementação das PPP. Estes fatores, associados às críticas sobre a ineficiência do modelo Burocrático, à mudança da concepção do papel do Estado e à capacidade financeira e de gestão do setor privado, suscitaram uma pressão sobre os governos para que estes recorressem à participação da iniciativa privada no setor público (Ghobadian, O'Regan, Gallear, & Viney, 2004).

Deste modo, as PPP assumiram um importante papel no investimento a nível europeu, tendo sido publicadas em 2003, pela Comissão Europeia, as *Guidelines for successful Public-Private Partnerships* (Comissão Europeia, 2003). Como reflexo do seu aumento, verifica-se também um crescimento ao nível das publicações, havendo uma relevância significativa dos mesmos no setor da saúde (Roehrich, Lewis, & George, 2014).

O Fundo Monetário Internacional refere que as PPP podem ser entendidas como uma forma de encobrir temporariamente o défice e dívida pública, sendo que esta questão levou à necessidade de enquadrar as PPP com *accountability* nos sistemas de contas público e privado (Fundo Monetário Internacional [FMI], 2004).

Este é um tema bastante divergente e com influência na opinião pública, que por norma as entende como formas de má gestão, associadas a comportamentos menos éticos na gestão de recursos públicos. Contudo, as parcerias público-privadas remetem para uma colaboração entre o setor público e o privado (McQuaid & Scherrer, 2000; Steijn, Klijn, & Edelenbos, 2011). Neste tipo de relação o setor público atribui ao privado contrapartidas financeiras, em troca da construção e/ou exploração de determinado serviço público (Yescombe, 2014, p.16). Ou seja, o Estado concretiza funções e serviços que seriam da sua responsabilidade, a um mais baixo custo, e a iniciativa privada tem uma oportunidade de, com uma gestão eficiente, obter ganhos económicos (McQuaid & Scherrer, 2000; Steijn et al., 2011).

As parcerias público-privadas têm como características fundamentais os relacionamentos de longa duração, a cooperação entre os parceiros, o desenvolvimento de produtos e serviços, a partilha de riscos, custos e benefícios, e um ganho de valor para os atores envolvidos na parceria (Hodge, 2005; Klijn & Teisman, 2003).

No atual ponto de pesquisa deste trabalho existe, em Portugal, uma análise comparativa entre a eficiência de unidades hospitalares públicas e em regime de PPP, elaborada pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2016). No entanto, o estudo apresenta um número de variáveis demasiado elevado para a amostra em causa⁵ e, para além disso, não foi realizada uma comparação inter-clusters entre unidades PPP e E.P.E., o que se torna relevante neste tipo de análise, nem foi feita uma avaliação à produtividade das unidades hospitalares em estudo.

Deste modo, a presente investigação pretende ter em consideração as questões acima referidas, de forma a dar um contributo através de uma diferente abordagem a este tema.

Esta discussão é um tema atual que ganha relevância na discussão política, social e económica do país, tendo em conta que se aproxima o momento da decisão final sobre a continuidade das atuais parcerias em saúde e/ou da criação de novas parcerias (como é exemplo a próxima obra de construção do novo Hospital de Lisboa Oriental). A renegociação do contrato em regime de parceria público-privada⁶, relativamente à Entidade Gestora do Estabelecimento, para a unidade de Cascais foi recentemente acertada (terminou a 31 de dezembro de 2018), sendo prolongado por mais dois anos, enquanto decorre um novo processo concursal internacional. No caso da PPP de Braga, no passado dia 31 de agosto de 2019, a entidade gestora recusou prolongar o contrato. Associada a este facto está a necessidade de se tomar uma decisão que implica a adoção do modelo E.P.E. ou desenvolvimento de um novo contrato PPP, o que determina uma importância acrescida aos estudos que analisam e comparam, de forma objetiva, os resultados em termos de eficiência na gestão entre as unidades destes dois modelos.

Todos estes factos vêm reforçar o argumento de que este estudo é relevante e, desta forma, poderá contribuir para dar um conhecimento mais completo sobre os hospitais em regime PPP e E.P.E. e para a reorganização do quadro hospitalar público na sua relação com o setor privado.

⁵ De acordo com Banker, Charnes, Cooper, Swarts e Thomas (1989), na aplicação da metodologia *Data Envelopment Analysis* (DEA) o número de unidades de decisão (*Decision Making Unit* (DMU)) deve ser igual ou superior ao produto entre o número de *inputs* e *outputs* (variáveis de entrada e de saída), ou igual ou superior ao triplo da soma de variáveis, o que não ocorre no referido estudo, no qual foram avaliadas 33 unidades hospitalares considerando-se sete *inputs* e cinco *outputs* ($33DMU < 7 \times 5$ e $33DMU < 3 \times (7+5)$)

⁶ De acordo com o definido nos Contratos de Gestão, a Entidade Pública Contratante deve declarar a vontade de renovar o contrato até dois anos antes do seu fim.

1.2. Opções metodológicas

Nos últimos anos, vários países repensaram as suas estruturas de prestação de serviços de saúde, introduzindo novas reformas que suscitaram quer nos responsáveis políticos, quer nos próprios intervenientes, o interesse pelo conhecimento das mudanças que estas provocaram (Lobo, Ozcan, Lins, Silva, & Fiszman, 2014).

A presente investigação pretende, como já foi referido anteriormente, realizar um estudo que envolve uma comparação, em termos de eficiência e produtividade, entre as principais linhas de atividade das unidades hospitalares que operam em Portugal, pertencentes ao regime do setor empresarial do Estado e de parceria público-privada. Para além disso, pretende-se também comparar a produtividade dos hospitais que foram transformados em PPP, antes e depois do estabelecimento da parceria.

Esta análise tem por objetivo aferir qual dos regimes jurídicos em vigor nas unidades hospitalares em estudo confere uma maior eficiência na produção hospitalar e resulta numa melhor solução para a prestação de serviços de saúde públicos aos cidadãos.

Para tal, procedeu-se à revisão da literatura, que possibilitou a compreensão do estado da arte das teorias e modelos da Administração Pública, que servem de base para um melhor entendimento na análise do problema em estudo.

Seguiu-se uma análise documental da legislação relativa às questões em análise, bem como de relatórios e outros documentos de relevância para a presente investigação. Posteriormente, foram recolhidos os dados referentes aos custos totais com a atividade hospitalar e à produção das diversas linhas de atividade (número de doentes saídos do internamento, número total de consultas realizadas, número total de episódios de urgência, número total de cirurgias e número total de sessões de hospital de dia) para cada uma das unidades hospitalares em estudo. Estes dados foram recolhidos dos elementos disponíveis pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) e pela Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP), bem como dos Relatórios de Contas das unidades em estudo.

Posteriormente, realizou-se a avaliação da eficiência com recurso à metodologia DEA, sendo esta a metodologia usada em cerca de 90% dos estudos aplicados em questões de cuidados de saúde (Hollingsworth, 2016, p.99), e a análise da produtividade através do cálculo do Índice de Malmquist.

Na presente investigação a DEA foi aplicada a todas as unidades hospitalares durante o período 2013-2017, sendo este o espaço temporal em que todos os hospitais PPP funcionaram em simultâneo.

No que diz respeito às unidades hospitalares em regime PPP que foram criadas para substituir hospitais já existentes, foi feita uma comparação da sua produtividade antes e após a realização da parceria, através da aplicação do Índice de Malmquist.

Para além disso, foi feita também uma avaliação de eficiência por grupo hospitalar (grupos de financiamento definidos pela ACSS), de entre os quais se retiraram as unidades mais eficientes e menos eficientes de cada grupo, para aferir aspetos de qualidade relativamente às mesmas. Para tal, foi elaborada uma análise estatística acerca dos indicadores de qualidade destes hospitais, de forma a estabelecer uma possível relação entre aspetos de qualidade e eficiência.

Após a análise destes resultados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a elementos pertencentes à gestão hospitalar das unidades que tiveram maiores diferenciais de eficiência na análise feita por grupo hospitalar.

Desta forma, procurou-se complementar os resultados obtidos através da metodologia quantitativa, com uma análise qualitativa acerca do binómio eficiência-qualidade, recorrendo à análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas.

1.3. Estrutura da tese

O presente estudo foi estruturado em duas partes distintas. Na parte I encontra-se o enquadramento teórico que serviu de suporte à investigação, englobando os capítulos dois a cinco e na parte II é apresentado o estudo empírico, do qual constam os capítulos seis a dez.

A parte I tem início no capítulo dois, no qual é feito um enquadramento teórico sobre as parcerias público-privadas, que são parte fundamental do objeto de estudo da presente investigação.

Assim, neste capítulo é apresentado o conceito de parceria público-privada, de acordo com as perspetivas de diversos autores. Seguidamente, são referidos os diversos tipos de PPP e é feita uma breve caracterização dos mesmos. Neste ponto, são também apresentados aspetos relevantes das parcerias público-privadas, tais como os conceitos de *value for money* e de custo público comparável. Para além disso, é abordada a questão da partilha do risco existente nas PPP e alguns dos principais tipos de risco associados às mesmas, dado que as PPP não reúnem consenso em relação às suas vantagens e desvantagens, havendo opiniões bastante divergentes quanto a esta questão. Deste modo, neste capítulo são também apresentados vários pontos tidos como vantagens e desvantagens das mesmas, de acordo com diferentes perspetivas. Por último, são abordados aspetos relevantes sobre o processo de implementação das PPP e o seu desenvolvimento.

No capítulo três é feita uma revisão da literatura sobre a evolução da Administração Pública e as suas reformas, onde são abordados os principais modelos pelas quais esta se pautou ao longo do tempo. Assim, é feita referência ao modelo Burocrático, à transição para a perspetiva da *New Public Management* e, mais recentemente, ao surgimento da *New Public Governance*.

Dado que a presente investigação tem como objeto de estudo formas de arranjo institucional, tais como as parcerias público-privadas, no capítulo quatro é apresentada a Teoria Institucional, que serve de quadro teórico para este trabalho, sob o ponto de vista económico. Como tal, é abordado o Institucionalismo Económico e a Teoria da Escolha Racional. Dentro das teorias da racionalidade da decisão são apresentadas a Teoria da Escolha Pública e o Novo Institucionalismo Económico. Este último é de particular relevância para o presente estudo,

pois aborda as questões do mecanismo de integração vertical ou da externalização, através da Teoria dos Custos de Transação.

Para terminar a parte I, é abordada a influência dos modelos da *New Public Management* e da *New Public Governance* no setor da saúde no capítulo cinco, assim como os modelos de gestão das unidades hospitalares em Portugal. Como tal, é feito um enquadramento teórico sobre os modelos de gestão contemplados neste estudo: a gestão empresarial hospitalar e a gestão hospitalar em regime de Parceria Público-Privada.

A parte II da presente investigação é referente ao estudo empírico e inclui os capítulos seis a dez. Assim, no capítulo seis é definido o modelo de análise, onde se apresentam os conceitos fundamentais para o estudo (parceria público-privada, entidade pública empresarial, eficiência técnica, produtividade e qualidade, e os indicadores de atividade e produção hospitalar), assim como as hipóteses a testar na parte qualitativa do presente trabalho e as questões de investigação, referentes à parte qualitativa.

Seguidamente, o capítulo sete começa por fazer a caracterização do objeto de estudo: hospitais empresa (E.P.E.) e hospitais PPP. No que diz respeito aos hospitais PPP serão abordadas, neste capítulo, algumas questões relativamente ao processo concursal das PPP na saúde, em Portugal, ao tipo de PPP nos hospitais portugueses, aos custos e tempos associados à aplicação dos seus processos, à monitorização e ao seu acompanhamento no desenvolvimento de projetos, à gestão, coordenação, acompanhamento e avaliação das PPP existentes e ao processo de renegociação de contratos, no setor da saúde.

Posteriormente, no capítulo oito é feita a abordagem das opções metodológicas, onde são apresentados um conjunto de estudos nacionais e internacionais sobre a avaliação da eficiência hospitalar e as metodologias mais usadas para apurar a eficiência e a produtividade, bem como o percurso metodológico definido. Para além disso, são referidos os tipos de estudo e os objetivos, e definidas as variáveis usadas como *inputs* e *outputs*, assim como o modelo usado, as fontes de dados e a população em estudo, no que diz respeito à análise quantitativa. Relativamente à análise qualitativa, é apresentado a definição do modelo e a categorização usada na análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

No capítulo nove são apresentados e analisados os resultados obtidos através das abordagens quantitativa e qualitativa, e é feita a sua discussão à luz do referencial teórico definido para o estudo.

Por fim, no capítulo dez são desenvolvidas as conclusões da investigação indo ao encontro dos objetivos definidos e das hipóteses formuladas. Para além disso, apresentam-se também as limitações encontradas ao longo da investigação, bem como sugestões futuras para estudos dentro do presente tema.

No quadro seguinte é feita uma esquematização da estrutura da tese, com o resumo dos pontos referidos.

Quadro 1 - Estrutura da tese

Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Objeto de estudo, problema, relevância e objetivos• Opções metodológicas• Estrutura da tese
Parte I – Enquadramento teórico	<ul style="list-style-type: none">• Parcerias público-privadas• A evolução da Administração Pública• Teoria Institucional (Novo Institucionalismo Económico e Teoria da Escolha Pública)• Desenvolvimento da Administração Pública: Influência no setor da saúde
Parte II – Estudo empírico	<ul style="list-style-type: none">• Modelo de análise• Caracterização do objeto de estudo• Opções metodológicas• Apresentação, análise e discussão de resultados• Conclusões

Fonte: Elaboração própria

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

2.1. Conceito

Em relação ao conceito de parceria público-privada, de acordo com a literatura, verifica-se uma dificuldade em apresentar uma única definição, pois existem diversos conceitos e pontos de vista, que dependem da natureza, tipologia, área de aplicação da parceria (António, 2014) e da legislação em vigor em cada país (Hayllar & Wettenhall, 2010).

Para além disso, diversos autores divergem na sua abordagem às PPP, sendo que alguns as consideram uma ferramenta de governação, enquanto outros veem este conceito apenas como uma questão de linguagem. De acordo com esta última perspetiva, a denominação de PPP é usada para "disfarçar" outras estratégias como a privatização, ou a transferência de prestação de serviços públicos para o setor privado (Hodge & Greve, 2007; 2010). Savas (2000, p.2) refere que o termo parceria público-privada é menos controverso que privatização, sendo por isso, de acordo com Teisman e Klijn (2002), melhor aceite e usado em jogos de linguagem por políticos e governantes.

A diversidade na definição das parcerias público-privadas nota-se também no que diz respeito às diferenças entre a tradição europeia e norte-americana. Enquanto nos Estados Unidos as PPP recorrem a diversas formas de envolvimento do parceiro privado na persecução dos objetivos definidos, na realidade europeia existe uma tendência para restringir as parcerias de forma a que exista uma partilha de riscos e responsabilidades entre ambos os parceiros (Firmino, 2014).

Existem diferentes definições e perspetivas no que diz respeito às PPP, fundamentadas por diversos autores, das quais se apresentam algumas no quadro seguinte.

Quadro 2 - Definições de parcerias público-privadas

Autor	Conceito
Savas (2000, p.6)	Refere as PPP como um arranjo estabelecido através de uma combinação complexa entre o governo e o setor privado. O financiamento que o governo necessita para a construção de determinada infraestrutura é assim feito pela entidade privada sob uma concessão de longa duração, ou de um contrato com pagamentos distribuídos, normalmente ao longo de vários anos, que cobrem a construção, a manutenção e os custos de capital.
Ham e Koppenjan (2001) Koppenjan (2005)	Os autores definem as PPP como uma cooperação estruturada entre atores públicos e privados, durante um período de tempo em que estes desenvolvem, em conjunto, produtos e serviços, compartilhando riscos, custos e recursos associados aos mesmos.
Klijn e Teisman (2003)	Consideram as PPP como uma cooperação de caráter duradouro entre atores dos setores público e privado, em que estes desenvolvem produtos ou prestam serviços, sendo o risco, os custos e os benefícios partilhados por ambos, com base na ideia de se gerar um valor mútuo acrescentado.
Comissão Europeia (2004, p.2)	A Comissão Europeia considera as PPP como uma "formas de cooperação entre as autoridades públicas e as empresas, tendo por objectivo assegurar o financiamento, a construção, a renovação, a gestão ou a manutenção de uma infra-estrutura ou a prestação de um serviço".
Simões (2004)	Define as PPP como uma forma de gestão inovadora, cujo objetivo é a construção de infraestruturas e a provisão de serviços públicos, numa perspetiva potenciadora da eficiência dos setores público e privado.
Bult-Spiering e Dewulf (2006, p.3)	Definem as PPP como uma estrutura organizacional, situada no meio dos regimes público e privado, onde ambas as partes partilham custos, receitas e responsabilidades.
Grimsey e Lewis (2007a)	Referem que as parcerias público-privadas devem ser vistas como uma forma de contratação pública, apoiada por diversas abordagens híbridas situadas entre as parcerias e os métodos de aquisição convencionais, que possibilitam a introdução de diferentes incentivos no processo de aquisição.
Hodge e Greve (2009)	Os autores consideram as parcerias público-privadas como uma cooperação institucional entre o setor público e o setor privado.
Forrer, Kee, Newcomer e Boyer (2010)	Descrevem as PPP como uma forma de contratação diferente da tradicional, na qual o governo define o que precisa e os privados apresentam as propostas mais eficientes, tendo em conta as restrições e especificações exigidas.
McQuaid e Scherrer (2010)	Descrevem as PPP como projetos que envolvem a provisão privada de serviços que são habitualmente prestados pelo setor público, nos quais os principais riscos financeiros, tecnológicos e operacionais na construção ou na atividade, são assumidos pelo parceiro privado.
Banco Mundial (2012)	Define as PPP como contratos de longo prazo estabelecidos entre o Governo e uma entidade privada, para a provisão de um bem ou serviço público, no qual a responsabilidade da gestão e uma parte significativa dos riscos ficam a cargo do parceiro privado.
Barros (2013, p.271)	O autor considera que, sob o ponto de vista económico, as parcerias público-privadas são um contrato estabelecido entre uma entidade pública e uma privada, tipicamente de longo prazo, no qual ambos partilham riscos inerentes à concretização do projeto.
Sarmiento (2013, p.15)	Descreve as PPP como um contrato entre o setor público (designado por concedente) e uma entidade privada (designada por concessionário), no qual o Estado é responsável por definir os objetivos e os resultados desejados, cabendo à entidade privada a prestação de serviços de acordo com o que foi acordado.
Yescombe (2014, p.16)	Considera as PPP como projetos nos quais o setor privado financia e mantém uma infraestrutura pública, sendo este pago pela sua utilização. No final do prazo do contrato, normalmente, o controlo e a propriedade retornam para o setor público.

Fonte: Elaboração própria

Assim, pode referir-se que não existe um conceito unânime de parceria público-privada (Asquith, Brunton, & Robinson, 2015). No entanto, há um objeto comum e consensual em todas as PPP, que é a externalização da prestação de serviços do Estado para parceiros privados (Bovaird, 2004). Pode dizer-se, ainda que, com alguma simplificação, que as parcerias público-privadas são uma das formas, entre várias, de cooperação entre os setores público e privado (Firmino, 2014), sendo que estas são estabelecidas porque existem benefícios para ambos (Hodge & Greve, 2005, p.6). As parcerias público-privadas têm como características fundamentais os relacionamentos de longa duração, a cooperação entre os parceiros, o desenvolvimento de produtos e serviços, a partilha de riscos, custos e benefícios, e um ganho de valor para os atores envolvidos na parceria (Hodge, 2005; Klijn & Teisman, 2003).

É possível, assim, estabelecer um conjunto de características transversais e comuns a todos os tipos de parcerias.

Quadro 3 - Características transversais aos vários modelos de parcerias público-privadas

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Estabelecimento de um contrato entre uma entidade pública (Estado ou Administração Central) e uma privada.• Acordo de média a longa duração.• Envolvem construção, financiamento, manutenção e/ou exploração de um serviço.• Envolvem pagamentos pelos serviços prestados.• Existe uma partilha de risco.• Decorrem em diferentes setores de atividade.• Apresentam uma base legalmente estabelecida.• A propriedade da infraestrutura volta para o Estado após <i>terminus</i> do contrato.• O Estado mantém a responsabilidade de garantir os serviços públicos. |
|--|

Fonte: Barros e Martinez-Giralt (2009); Comissão Europeia (2004)

2.2. Tipos de PPP

As parcerias público-privadas constituem-se através de uma relação entre o setor público e uma instituição privada, numa forma situada entre a contratação tradicional e a privatização. São diferentes da contratação tradicional, pois nesse caso o privado fica apenas responsável pela construção da infraestrutura, o que não acontece nas PPP. Também se distinguem da privatização, pois o Estado continua a ter responsabilidades, enquanto que na privatização ocorre uma cedência definitiva do ativo para o privado, ficando o risco transferido totalmente para este último (Bilhim, 2013a, p.71; Cabral, 2009, p.45; Sarmiento, 2013, p.14).

Contrariamente a estes dois modelos, as PPP compreendem a construção de uma infraestrutura e o estabelecimento de contratos de longo prazo, onde os arranjos organizacionais e de financiamento são mais complexos (Cabral, 2009, p.46).

De um modo geral, as típicas parcerias público-privadas assumem um modelo assente na forma de *Design-Build-Finance-Operate* (DBFO). Nesta modalidade, o Estado define os serviços que pretende que sejam fornecidos pelo setor privado, ficando a cargo do mesmo o financiamento e a construção do ativo dedicado a esse fim. Para além da construção, o parceiro privado fica responsável pela gestão do ativo e pela prestação dos seus serviços (FMI, 2004). No quadro seguinte apresentam-se as principais modalidades de parcerias referidas na literatura.

Quadro 4 - Principais modalidades de PPP referidas na literatura

Tipo de PPP	Caracterização
BOT – <i>Build, Operate and Transfer</i>	O parceiro privado constrói a infraestrutura, detém a sua propriedade e a gestão do serviço, devolvendo a propriedade ao Estado após o término do contrato (posteriormente, a entidade privada pode alugar o ativo ao Estado).
BOOT – <i>Build, Own, Operate and Transfer</i>	
BROT – <i>Build, Rent, Own and Transfer</i>	
BLOT – <i>Build, Lease, Operate and Transfer</i>	
BTO – <i>Build, Transfer and Operate</i>	O setor privado constrói a infraestrutura, detém a sua propriedade, opera e faz a gestão do ativo durante o período vigente no contrato. Neste caso o parceiro privado não tem a obrigação de transferir a propriedade para o Estado. Todas estas modalidades são variantes de DBFO (<i>Design, Build, Finance and Operate</i>).
BOO – <i>Build, Own and Operate</i>	
BDO – <i>Build, Develop and Operate</i>	
DCMF – <i>Design, Construct, Manage and Finance</i>	
BBO – <i>Buy, Build and Operate</i>	O parceiro privado adquire ou aluga um ativo pertencente ao Estado, ficando responsável pela sua renovação ou expansão. Posteriormente, a entidade privada opera o respetivo ativo, ficando sem a obrigação de transferir a sua propriedade para o Estado.
LDO – <i>Lease, Develop and Operate</i>	
WAA – <i>Wrap, Around and Addition</i>	

Fonte: FMI (2004); Yescombe (2014, p.12)

Dada a existência de diferentes modelos adotados pelos Estados-membros, a Comissão Europeia em 2004 classificou as parcerias público-privadas em dois grandes grupos, de acordo com a ... "aplicação do direito comunitário dos contratos públicos e das concessões" (Comissão Europeia, 2004, p.9): as PPP do tipo contratual (baseadas unicamente numa

relação meramente contratual entre os parceiros) e as do tipo institucionalizado (onde ambos os setores cooperam numa entidade distinta).

Nas parcerias do tipo institucional é criada uma nova entidade, denominada *joint-venture*, que fica responsável por determinado projeto, tendo a participação de capitais públicos e privados. A cargo da *joint-venture* fica a prestação do bem ou serviço, ou a construção da infraestrutura (Firmino, 2014). Deste modo, o projeto da parceria é desenvolvido conjuntamente pelos setores público e privado, que assumem em simultâneo a responsabilidade da prestação de serviços (Bult-Spiering & Dewulf, 2006; Cordeiro, 2008). Esta relação entre as entidades públicas e privadas é estabelecida através de uma sociedade dotada de personalidade jurídica, na qual o setor público mantém o controlo das operações, visto que pertence ao conjunto de acionistas ou dos órgãos de decisão (Pinto-Faria, 2015).

O modelo de *joint-venture* torna mais complexo o processo de desenvolvimento de um projeto, o que acontece, por exemplo, quando apenas um dos parceiros tem um forte conhecimento sobre parcerias, ou tem problemas de financiamento (Yescombe, 2014, p. 108).

Dentro do grande grupo das PPP do tipo contratual podem considerar-se dois modelos distintos, sendo estes as concessões e as parcerias que têm por base o modelo *Private Finance Initiative* (PFI), originário do Reino Unido (Pereira, 2014; Pinto-Faria, 2015).

Na concessão, o Estado, através da celebração de um contrato de cariz administrativo, atribui a uma entidade externa, designada de concessionária, a gestão e/ou exploração de uma determinada atividade ou serviço público (Bilhim, 2013a, p.70). Neste modelo, a construção ou remodelação de infraestruturas públicas ficam a cargo da entidade privada, que recebe receitas através de pagamentos cobrados aos utilizadores (Yescombe, 2014, p.16). Desta forma, o agente privado é responsável pelo fornecimento de um bem ou serviço público, sendo que além do pagamento do utilizador, poderá também receber subvenções do parceiro público (Firmino, 2014).

As *Private Finance Initiatives*, iniciadas na década de 90 com o Governo de John Major (Azevedo, 2008; Cordeiro, 2008), têm a sua matriz no Direito Administrativo e assentam no modelo *Design, Built, Finance and Operate* (DBFO) (Firmino, 2014). Desde que se iniciaram

no Reino Unido, as PFI têm-se consolidado e repercutido por todo o mundo, (Azevedo, 2008), apesar de algumas vezes apresentarem variantes no seu modelo (Cordeiro, 2008).

Nas PFI, a construção/renovação e gestão da infraestrutura ficam a cargo do parceiro privado (Pereira, 2014), sendo celebrado um contrato, com uma duração de 15 a 30 anos, entre o Estado e a *Special Purpose Vehicle* (SPV). A SPV é uma entidade constituída por acionistas de capitais públicos e privados, criada especificamente para o projeto da parceria (Azevedo, 2008; Firmino, 2014).

A remuneração é feita ao parceiro privado com receitas provenientes de pagamentos (Yescombe, 2014) realizados "...pelo parceiro público, com base na determinação de valores fixos ou estimados a partir de técnicas que permitem calcular o número de utilizadores ou a quantidade do serviço a disponibilizar" (Firmino, 2014, p.19). O valor do pagamento pode ser fixo ou variável, sendo que, no segundo caso, este dependerá da disponibilidade do serviço ou da frequência com que este é utilizado (Pereira, 2014).

Desta forma, as PFI permitiram ao setor público a construção de novos empreendimentos, ou a renovação dos mesmos, através da aquisição da prestação serviços a uma entidade privada, durante um longo período de tempo (Azevedo, 2008).

No caso português, as PPP estabelecidas entre a administração central do Estado e os parceiros privados integram um modelo do tipo contratual. Porém, existem ainda parcerias do tipo institucional, nomeadamente na constituição de empresas municipais (de capitais maioritariamente públicos) para a prestação de serviços públicos, como são exemplo o saneamento, os resíduos e a reabilitação urbana (Marques & Silva, 2008).

2.3. Aspetos relevantes na opção por PPP

Numa parceria público-privada é necessário ter em conta três conceitos que se constituem como fundamentais nos trabalhos de preparação de qualquer parceria: o *value for money*, o custo público comparado e a partilha de riscos.

2.3.1. *Value for money*

O *value for money* é um conceito central que está associado aos pressupostos das parcerias público-privadas. Este conceito é vago, definido para orientar a discussão em torno dos riscos do projeto ao longo de todo o seu ciclo de vida e não apenas na escolha tradicional da proposta menos dispendiosa (Hodge & Greve, 2010).

Não existe uma definição única e exata para traduzir a expressão “*value for money*”, contudo, este é usado para aferir qual é o maior benefício que uma entidade pode conseguir obter através da obtenção de bens ou serviços mediante os recursos que tem à disposição (Pereira, 2014). Deste modo, a melhoria dos serviços prestados e os ganhos de eficiência que advêm das parcerias público-privadas, comparativamente à contratação pública tradicional, podem resumir este conceito (Bult-Spiering & Dewulf, 2006, p.178).

Este conceito não avalia unicamente os custos dos bens ou serviços mas também tem em consideração fatores como a qualidade, recursos utilizados, adequação aos objetivos, conveniência e poupança de tempo, para determinar, de forma conjugada, se a parceria constitui uma boa proposta. O cálculo do *value for money* deve incluir critérios de economia, eficiência e eficácia (Grimsey & Lewis, 2005).

Através do *value for money* é avaliada a melhor opção de investimento, não apenas ao nível dos custos ou riscos associados à parceria, mas tendo em conta os benefícios e as mais-valias que possam advir para os cidadãos. Esta análise permite ao Estado uma poupança de recursos a longo prazo. Assim, existe *value for money* quando um serviço é realizado ao menor custo possível (Bult-Spiering & Dewulf, 2006, p.178).

O *value for money* não tem em conta apenas os custos da provisão dos serviços, dando igual primazia à qualidade dos mesmos. Assim, pode considerar-se que este representa a combinação ótima da relação do custo-benefício com a qualidade dos serviços prestados (Comission on Public Private Partnerships, 2001, p.32).

Este conceito considera que os recursos financeiros devem ser aplicados de forma a obter mais e melhores resultados para o Estado e para a sociedade, sendo para tal necessário uma boa avaliação dos custos e dos benefícios, bem como a sua respetiva utilidade (Her Majesty's Treasury [HM Treasury], 2006); OCDE, 2008).

No caso das parcerias público-privadas o *value for money* do investimento prende-se com a poupança conseguida pelo Estado. O estabelecimento da PPP tem como um dos seus principais objetivos aumentar os ganhos de eficiência e promover a inovação, o que permite uma poupança para o setor público. No entanto, a dificuldade em apurar de forma precisa qual o valor a poupar com a parceria, devido ao facto de esta ser de longo termo, faz com que o conceito de *value for money* seja um pouco subjetivo (Hodge & Greve, 2010; Loû, 2012).

O *value for money* numa PPP pode ser potenciado de diversas formas, nomeadamente: através da existência de concorrência entre os diversos consórcios/empresas no concurso a um determinado projeto; pela promoção de inovação; através das competências do setor privado na gestão de ativos e nas práticas operacionais e transferindo riscos determinantes no projeto para o privado, tais como atrasos na construção e sobreposição de custos (Grimsey & Lewis, 2007b, p.153).

No caso das parcerias público-privadas o *value for money* pode ser quantificado através de um instrumento importante, denominado de custo público comparável (Bult-Spiering & Dewulf, 2006, p.37).

2.3.2. O custo público comparável

O custo público comparável (CPC) é uma ferramenta usada frequentemente para determinar o valor do custo do projeto para o setor público se este fosse provido diretamente pelo Estado, através da contratação pública tradicional. Este valor deve incluir os custos operacionais e de capital, constituindo uma estimativa justa de todos os custos inerentes à provisão do serviço pelo Estado, sendo posteriormente comparado com o custo proposto para a prestação do serviço no domínio da PPP (Torchia, Calabrò, & Morner, 2015).

Assim, o CPC é definido pelo custo estimado, ajustado pelo risco, que teria o projeto se tivesse sido provido diretamente pelo Estado, mantendo os padrões de qualidade em vigor (Sarmiento, 2013, p.33). Este indicador possibilita a comparação entre o custo-benefício do bem ou serviço assegurado diretamente pelo Estado, ou com recurso a uma PPP.

A análise das diferenças entre o valor do CPC e a proposta da entidade privada permitem identificar as vantagens ou desvantagens económicas da PPP para o Estado. Deste modo, se o valor proposto pela entidade privada for inferior ao custo público comparável para um determinado projeto, isso confere uma vantagem para o Estado (Barros, 2010, p.525).

Como tal, é a partir do custo público comparável que se analisa a existência do *value for money* para o Estado, funcionando este como uma ferramenta que ajuda a aferir os ganhos públicos que advêm do contrato da parceria público-privada, como já foi referido anteriormente. Assim, quando o CPC é superior ao custo do projeto em PPP, a melhor opção será a de estabelecer a parceria, caso contrário deve optar-se pela provisão do serviço pelo Estado (Tribunal de Contas, 2015).

Contudo, segundo Sarmiento (2013, p.33), o uso deste indicador está sujeito a críticas que se prendem sobretudo pela falta de rigor na sua forma de cálculo. Se este indicador for demasiado baixo, as entidades privadas podem perder o interesse pelo concurso da PPP, ou no caso da sua realização, pode ocorrer uma situação de falência resultante da falta de lucros. No entanto, caso este seja elevado, o setor privado pode aumentar a sua margem de lucro, o que diminui o *value for money* do Estado.

Como tal, a inexistência de uma metodologia exata para o cálculo do CPC, juntamente com algumas previsões imprecisas e outras questões de vulnerabilidade, podem tornar este indicador numa ferramenta de manipulação política, quer para a decisão do método de escolha do contrato, quer para a seleção do parceiro privado (Hayllar & Wettenhall, 2010).

2.3.3. A partilha do risco

A preferência pelo modelo PPP, em detrimento dos modelos tradicionais de contratação pública, para além das já referidas vantagens relacionadas com a maior facilidade em obter financiamento, maior inovação, ganhos de eficiência e eficácia por parte dos parceiros privados, melhor qualidade e a garantia de um maior *value for money*, apresenta uma importante componente relacionada com a partilha de riscos e a transferência de responsabilidades entre os parceiros (Marques & Silva, 2008, p.63).

Quando é feito um determinado investimento espera-se que este resulte num ganho ao fim de algum tempo, que pode, no entanto, ser diferente do que era previsto. O risco representa assim a diferença entre estes dois elementos, o retorno efetivo e o esperado, ou seja, o nível de incerteza no retorno que é esperado quando é feito um investimento (Sarmiento, 2013, p.20-21).

Como foi referido em pontos anteriores, a relação de uma PPP entre o Estado e uma entidade privada é definida ao longo de um período de tempo, durante o qual o parceiro privado desenvolve as fases do projeto, que contemplam a construção e/ou a prestação do serviço público. Esta relação implica uma transferência de riscos do setor público para o privado.

O Fundo Monetário Internacional (FMI, 2004) considera que é necessário que a transferência do risco para o setor privado seja feita de forma adequada, de modo a que as parcerias possam prestar serviços de qualidade aos cidadãos e destas advenha um custo-benefício favorável para o Estado.

A base da partilha do risco para o setor privado assenta na ideia de que este será gerido de melhor forma pelos parceiros privados. O facto de haver uma participação de capital de risco privado pressupõe a existência de uma abordagem mais rigorosa, quer na avaliação e implementação dos projetos, quer na gestão de risco dos mesmos (Grimsey & Lewis, 2004).

No setor privado existe uma capacidade de gestão capaz de controlar custos que não se verifica no setor público, sendo que a derrapagem nos custos orçamentados para uma obra é um dos problemas frequentes neste setor (Barros, 2010, p. 529).

A menor ou maior partilha de risco pode influenciar o cálculo das propostas feitas pelas entidades privadas. Como tal, a forma como é feita a alocação do risco é determinante para se obter a melhor relação custo-benefício, ou seja, a transferência de risco melhora o *value for money* (Hayllar & Wettenhall, 2010; Yescombe, 2014, p.199).

A alocação do risco num projeto tem por base o princípio teórico de que este deve ser suportado pelo setor que está mais preparado para fazer o controlo e gestão do mesmo, bem como para suportar as suas consequências financeiras (Yescombe, 2014 p.198).

Assim, deverão ficar a cargo da entidade privada os riscos respeitantes ao projeto, à sua conceção e manutenção, bem como os riscos associados ao financiamento da infraestrutura em causa. Na responsabilidade do setor público deverão ficar os riscos políticos, de regulação e planeamento, pois será sobre estes que o Estado terá melhor capacidade de controlo (Moreno, 2010, p.131). Deste modo, existem diversos riscos com os quais ambos os setores têm de lidar no decorrer da parceria. Nos quadros seguintes apresentam-se exemplos das perspetivas de alguns autores relativamente à divisão dos riscos, de acordo com determinadas características.

De acordo com Yescombe (2014, p.19-20), numa PPP são identificados quatro tipos de riscos específicos:

Quadro 5 - Riscos específicos de uma parceria público-privada

Tipo de riscos
<ul style="list-style-type: none">• Riscos de construção: riscos relacionados com os atrasos e os problemas ao longo da construção.• Riscos de procura e disponibilidade: riscos relacionados com a possibilidade da procura e da disponibilidade do serviço serem inferiores ao previsto.• Riscos de financiamento: riscos relacionados com a escolha do parceiro privado, com o seu crédito e a sua capacidade para se financiar.• Riscos de gestão e manutenção da infraestrutura: relacionam-se com a construção de uma infraestrutura a custo reduzido.

Fonte: Yescombe (2014, p.19-20)

O FMI (2004) apresenta também uma classificação do tipo de riscos nas PPP, que se apresenta na seguinte figura:

Classificação dos riscos - Fundo Monetário Internacional				
Risco de construção	Risco financeiro	Risco de <i>performance</i>	Risco de procura	Risco residual
Problemas no <i>design</i>	Variações em fatores que afetam os custos de financiamento	Disponibilidade do ativo	Necessidade contínua de serviços	Preço futuro do ativo no mercado
Atrasos no projeto		Manutenção da qualidade na prestação		
Custos de construção				

Figura 3 – Classificação dos riscos nas parcerias público-privadas
Fonte: FMI - Fundo Monetário Internacional (2004)

O Banco Mundial (2012) faz um agrupamento dos riscos em mais categorias do que as que foram apresentadas, sendo estas:

Quadro 6 - Categorias dos riscos nas parcerias público-privadas

Categorias de riscos	
Riscos de local	Associados à qualidade, disponibilidade e condições do local do projeto
Riscos de <i>design</i> e construção	Atrasos na construção e custos superiores ao esperado
Riscos de operação	Riscos de interrupção ou indisponibilidade dos serviços e custos de operação diferentes do expectável
Riscos de procura e outros riscos comerciais	Procura do serviço diferente do esperado
Riscos de regulação ou políticos	Decisões políticas ou de regulação que causem alterações no projeto
Riscos do quadro legal	Riscos de alterações na lei ou na regulamentação que possam prejudicar o projeto
Riscos padrão	Risco da iniciativa privada não ter capacidade técnica ou financeira para implementar o projeto
Riscos financeiros	Alterações de taxas que possam ser prejudiciais
Riscos de força maior	Eventos externos imprevisíveis
Riscos de propriedade de ativos	Risco que a tecnologia seja ultrapassada, ou que o valor do ativo no final do contrato seja diferente do esperado

Fonte: Banco Mundial (2012)

2.3.4. Vantagens e Desvantagens

A discussão em torno das vantagens e desvantagens do regime de parceria público-privada é complexa e não reúne consensos. Apesar do recurso a este modelo ter crescido ao longo dos

últimos anos, não existem ainda conclusões claras sobre as vantagens/desvantagens da sua implementação (Roehrich et al., 2014; Pereira, 2014).

De acordo com a revisão da bibliografia, apresentam-se no quadro seguinte os principais pontos fortes e fracos, que se revêm em vantagens/desvantagens na perspectiva de ambos os parceiros intervenientes numa PPP.

Quadro 7 - Vantagens e desvantagens pela adoção do modelo PPP

	Estado (Setor Público)	Parceiro Privado
Vantagens	Partilha de responsabilidade; Maior inovação; Obtenção de eficiência; Novos métodos; Partilha de risco; Otimização de recursos; Metas de rendibilidade; Combate à exclusão social (integrando componentes públicas e privadas das comunidades); Prestação pública de contas (possibilidade de aplicação de multas em caso de incumprimento); Construção de múltiplas infraestruturas; Reforma de serviços públicos locais; O pagamento de um serviço apenas quando este é fornecido; Maior flexibilidade na organização; Dinamização da economia, pela construção de infraestruturas; Melhor “ <i>value for money</i> ”; Mantém o investimento em situação de restrição orçamental.	Obtenção de lucro; Controlo de setores de atividade; Maior capacidade de negócio; Benefício de contratos de longa duração; Aumento de capital.
Desvantagens	Risco de custos acrescidos com elevado investimento; Risco de perda do controlo sobre as atividades; Partilha da gestão dos serviços públicos.	Risco de custos acrescidos com elevado investimento.

Fontes: Allard e Trabant (2011); Azevedo (2008); Cabral (2009, p.27-28); Cordeiro (2008); Forrer, Kee, Newcomer, e Boyer (2010); Hayllar e Wettenhall (2010); Osborne (2000, p.1-2); Pinto-Faria (2015); Smith e Lipsky (1993, p.35).

Avaliados os prós e os contras da implementação das PPP, pode inferir-se que é necessário um enorme cuidado na negociação dos contratos, para que este tipo de relação apenas seja aplicado quando se confirmam os ganhos para o setor público em eficiência, eficácia, e efetividade na prestação de serviço público aos cidadãos. Desta forma, há que garantir que as PPP não sirvam para ditar pagamentos excessivos ao setor privado, ou que estas sejam aplicadas apenas para adiar pagamentos ou manipular as contas públicas (Moreno, 2010,

p.128, 134, 136). Há mesmo quem as veja como potencialmente prejudiciais ao interesse público, na relação custo-benefício da prestação de serviços públicos (Hayllar & Wettenhall, 2010).

Assim, é necessária uma boa gestão para evitar o fracasso das PPP, sendo que o compromisso é essencial para garantir que as metas definidas são atingidas e que existem enquadramentos legais para prevenir a corrupção, reduzindo-se deste modo o risco (Hodge & Greve, 2010; Phua, Ling, & Phua, 2014).

2.3.5. Aspetos relevantes na implementação de uma PPP

O processo de implementação das parcerias público-privadas, que termina com a celebração do respetivo contrato, pode ser dividido em duas fases, caracterizadas no quadro seguinte.

Quadro 8 – Fases da implementação de uma PPP

Fase preliminar	Fase de seleção e contratação
O Estado identifica as necessidades do bem ou serviço em causa, devendo estas ser devidamente fundamentadas por um estudo económico.	É tomada a decisão política pelo processo de PPP.
São definidos os objetivos, tendo em conta que estes sejam realizados ao menor custo possível, devendo ficar a cargo do privado a forma de os concretizar.	A decisão da parceria é divulgada através dos meios oficiais e de comunicação.
Promove-se uma diversidade de ideias para a provisão do serviço em causa, avaliando a sustentabilidade e o benefício das mesmas.	Faz-se uma pré-qualificação dos candidatos e das suas propostas, podendo haver lugar a negociação.
Define-se o objetivo da parceria e da forma como esta será desenvolvida. Esta fase inclui a análise de custo-benefício, podendo também ser aqui descrito o processo de adjudicação, bem como os critérios para avaliação das propostas.	São selecionadas as melhores propostas através de um processo de avaliação.
Determinam-se as estratégias de abordagem ao mercado no desenvolvimento do projeto, sendo normalmente constituída uma equipa para esse fim.	Seleciona-se o parceiro privado e faz-se a respetiva adjudicação. Por último, é celebrado o contrato (ou acordo) da PPP.

Fonte: Cabral (2009, p.77-78)

Dada a complexidade das parcerias público-privadas, é fundamental que o Governo tenha capacidades, quer ao nível das estruturas institucionais, quer em relação ao quadro jurídico. Como tal, deve existir um comparador prudente para possibilitar um robusto sistema de avaliação da relação de custo-benefício, bem como um conjunto de diretrizes consistentes para os elementos que não são monetariamente quantificáveis (OCDE, 2012). Deste modo, devem ser tidos em atenção determinados requisitos para que a parceria seja bem-sucedida.

No quadro seguinte estão apresentados alguns pressupostos a ter em conta no desenvolvimento da parceria.

Quadro 9 – Pressupostos a ter em conta no desenvolvimento da PPP

Desenvolvimento de uma Parceria Público-Privada	<ul style="list-style-type: none">• Elaborar um estudo prévio para avaliar a necessidade de construção da infraestrutura, ou da gestão do serviço, bem como as características específicas do setor em causa.• Avaliar o impacto económico da construção, ou da implementação do serviço, através de uma análise de custo-benefício. O Governo deverá analisar todas as alternativas, optando pela parceria apenas se esta for mais rentável e possibilitar maior <i>value for money</i>.• Verificar quanto à existência de um quadro legal com legislação específica para o setor em questão, bem como para o respetivo projeto.• Fazer uma alocação do risco adequada.• Definir as etapas referentes ao planeamento, lançamento e implementação da parceria.• Fazer uma análise da parceria público-privada a longo prazo.• Assegurar o acompanhamento, por parte do Estado, de todo o processo da parceria.• Proporcionar um investimento atrativo para a iniciativa privada, de modo a que o investimento inicial corresponda a um retorno positivo.• Garantir compromisso e responsabilidade por parte dos setores público e privado através de um quadro constitucional adequado, que disponha de legislação de apoio clara e que permita uma boa governação.
---	---

Fontes: Azevedo (2008); Barros (2013, p.277); Comissão Europeia (2004); FMI (2004); Hodge (2005); Phua et al. (2014); Sarmiento (2013, p.64); Simões (2004).

Em suma, de acordo com Marques e Silva (2008), quando se coloca a hipótese de iniciar um projeto em PPP é fundamental avaliar previamente se essa opção é a que realmente apresenta uma mais-valia real (fundamentada no *value for money*), relativamente às restantes opções que poderiam ser adotadas em alternativa. Para isso, é fundamental fazer uma rigorosa avaliação do custo público comparável, através da construção de um comparador que não inclua apenas os custos de natureza financeira.

2.4. A experiência Portuguesa

Em Portugal, a influência da *New Public Management*, bem como da *New Public Governance*, à semelhança das tendências internacionais, reveem-se igualmente no desenvolvimento de parcerias público-privadas.

As PPP foram concretamente definidas na legislação, através da publicação do Decreto-Lei n.º 86/2003 de 26 de abril de 2003 e inicialmente definidas como:

O contrato ou a união de contratos, por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade colectiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e pela exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado (artigo 2º).

O Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril de 2003, surgiu de uma forma transversal a ambos os setores, tendo como principal objetivo definir as normas para a preparação das diferentes fases das parcerias (definição, conceção, concurso, adjudicação, alteração), acompanhamento e fiscalização, para que o setor público pudesse beneficiar das práticas de gestão do setor privado para gerar economias e maximizar os resultados em termos de qualidade (Marques & Silva, 2008). Desde a sua publicação esta norma sofreu duas alterações:

- A primeira alteração ocorreu em 2006, com a publicação do Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de julho, que introduziu alterações que objetivaram o reforço da tutela no interesse financeiro público, intervindo nomeadamente em termos da preparação das parcerias e ao nível do acompanhamento da execução dos contratos.
- A segunda alteração surgiu com a publicação do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, motivada pela aprovação do Código dos Contratos Públicos (Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro), que não definiu convenientemente a matéria das PPP, nomeadamente na fase de preparação, desenvolvimento, execução e acompanhamento por parte do setor público (Ministério das Finanças). De forma a aperfeiçoar os processos foi também criada a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP).

De acordo com a última alteração motivada pela aprovação do Código dos Contratos Públicos (Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro), no Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, entende-se por parceria público-privada:

O contrato ou a união de contratos por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar, mediante contrapartida, o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva, em que a responsabilidade pelo investimento, financiamento, exploração, e riscos associados, incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado (nº 1 do artigo 2º).

Os fins previstos para a adoção do modelo de parceria público privada, em Portugal, vão ao encontro dos estabelecidos por outros países, como observado em pontos anteriores. Assim, segundo a legislação portuguesa, constituem finalidades das PPP os ganhos em termos económicos e o incremento de eficiência na afetação de recursos, a melhoria dos indicadores de qualidade e o aumento dos resultados do serviço, em termos quantitativos, face a outras formas de contratação, sempre com um mecanismo de controlo eficaz que permita uma avaliação contínua por ambos os parceiros (artigo 4º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).

2.4.1. Projetos PPP realizados nos diferentes setores de atividade

Os primeiros projetos em PPP realizados em Portugal ocorreram ao nível do setor rodoviário, com a concessão da travessia sobre o Tejo e a criação das Portagens sem Custo para o Utilizador (SCUT). Posteriormente, este tipo de contratação pública foi também aplicado ao setor ferroviário, da saúde e da segurança interna (2006) (Direção-Geral do Tesouro e Finanças [DGTF], 2012).

Entre 1995 e 2010 foram realizados 36 contratos em regime de PPP (incluindo concessões), sendo 19 (52,7%) destes estabelecidos entre os anos 2005 e 2010. Os quadros seguintes apresentam, de forma resumida, para cada um dos setores de atividade, as parcerias realizadas de acordo com a informação publicada pela Direcção-Geral do Tesouro e Finanças no ano

2012, fazendo referência à concessão, ao concessionário, ao ano de arranque da parceria, à duração do contrato e ao investimento apurado no respetivo caso base.

Quadro 10 - As PPP realizadas em Portugal no setor rodoviário

Concessão	Concessionário	Ano	Duração	Investimento (milhões de euros)
Concessão Lusoponte	Lusoponte – Concessão para a Travessia do Tejo em Lisboa, S.A.	1995	30	1330,8
Concessão Norte	Ascendi Norte – Auto Estradas do Norte, S.A.	1999	36	1216,8
Concessão Oeste	Auto-Estradas do Atlântico, S.A.	1999	30	627,6
Concessão Brisa	Brisa – Auto-Estradas de Portugal, S.A.	2000	35	n.a.
Concessão Litoral	Centro Brisal – Auto-estradas do Litoral, S.A.	2004	30	647,6
Concessão da Beira Interior IP2/IP6	Scutvias – Auto-Estradas da Beira Interior, S.A.	1999	30	869,6
Concessão da Costa de Prata IC1/IP5	Ascendi Costa de Prata – Auto Estradas da Costa de Prata, S.A.	2000	30	431,3
Concessão do Algarve IC4/IP1	Euroscut – Sociedade Concessionária da SCUT do Algarve, S.A.	2000	30	307,3
Concessão Interior Norte IP3	Norscut – Concessionária de Auto-Estradas, S.A.	2000	30	678,0
Concessão das Beiras Litoral e Alta IP5	Ascendi Beiras Litoral e Alta – Auto Est. das Beiras Litoral e Alta, S.A.	2001	30	925,3
Concessão Norte Litoral IP9/IC1	Euroscut Norte – Soc. Concessionária da SCUT do Norte Litoral, S.A.	2001	30	410,4
Concessão Grande Porto IP4/IC24	Ascendi Grande Porto – Auto Estradas do Grande Porto, S.A.	2002	30	612,7
Concessão Grande Lisboa	Ascendi Grande Lisboa – Auto Estradas da Grande Lisboa, S.A.	2007	30	195,7
Concessão Douro Litoral	AEDL – Auto-Estradas do Douro Litoral, S.A.	2007	27	845,4
Concessão Túnel do Marão	Auto Estrada do Marão, S.A.	2008	30	369,1
Gestão Sist.Identificação Electrónico	SIEV - Sist. Id. Elect. de Veículos, S.A.	2009	25	n.a.
			Total	9467,6

Fonte: DGTF (2012)

Quadro 11 - As subconcessões realizadas em Portugal no setor rodoviário

Concessão	Concessionário	Ano	Duração	Investimento (M€)
Subconcessão AE Transmontana	Auto-Estradas XXI – Subconcessionária Transmontana, S.A.	2008	30	568,1
Subconcessão Douro Interior	Ascendi Douro – Estradas do Douro, S.A.	2008	30	680,2
Subconcessão Baixo Alentejo	SPER – Soc. Port. para a Construção e Exploração Rodoviária, S.A.	2009	30	407,9
Subconcessão Baixo Tejo	VBT – Vias do Baixo Tejo, S.A.	2009	30	288,5
Subconcessão Algarve Litoral	Rotas do Algarve Litoral, S.A.	2009	30	176,3
Subconcessão Litoral Oeste	AELO – Auto-Estradas do Litoral Oeste, S.A.	2009	30	473,8
Subconcessão Pinhal Interior	Ascendi Pinhal Interior – Auto Estradas do Pinhal Interior, S.A.	2010	30	1009,9
			Total	3604,6

Fonte: DGTF - Direção-Geral do Tesouro e Finanças (2012)

Quadro 12 - As PPP realizadas em Portugal no setor ferroviário

Concessão	Concessionário	Ano	Duração	Investimento (M€)
Metro Sul Tejo (1)	MTS,S.A.	2002	30	346,1
Transp. Ferroviário eixo-norte/sul (2)	Fertagus,S.A.	1999	11 + 9	1245,6
(1) Investimento em infraestruturas suportado pelo Estado. (2) Estimativa do investimento realizado pela REFER ao abrigo do contrato anterior.			Total	1591,7

Fonte: DGTF - Direção-Geral do Tesouro e Finanças (2012)

Quadro 13 - As PPP realizadas em Portugal no setor da saúde

Concessão	Concessionário	Ano	Duração	Investimento (M€)
Gestão do Centro de Atendimento do SNS	LCS,S.A.	2006	(a)	4,5
CMFRS - São Brás de Alportel	GP Saúde	2006	7	3,3
Gestão do H. Braga - Ent. Gestora do Edifício	Escala Braga, Gestora do Edifício, S.A.	2009	30	130,3
Gestão do H. Braga - Ent. Gestora do Estabelecimento	Escala Braga, Gestora do Estabelecimento, S.A.	2009	10	12,1
Gestão H. Cascais-Ent. Gestora do Estabelecimento	HPP, S.A.	2008	10	17,0
Gestão H. Cascais - Ent. Gestora do Edifício	TDHOSP,S.A.	2008	30	59,4
Gestão H. Loures-Ent. Gestora do Estabelecimento	SGHL - Soc. Gestora do Hospital de Loures, S.A.	2009	10	31,2
Gestão H. Loures - Ent. Gestora do Edifício	HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.	2009	30	90,4
Gestão H. V. Franca - Ent. Gestora do Edifício	Escala Vila Franca - Gestora do Edifício, S.A.	2010	30	80,4
Gestão H. V. Franca - Ent. Gestora do Estabelecimento	Escala Vila Franca – Gest. do Estabelecimento, S.A.	2010	10	2,6
Observações: E - Exploração C – Construção (a) Contrato inicial de 4 anos, posteriormente prorrogado até à entrada em vigor de um novo contrato de prestação de serviços, objeto de concurso público.			Total	431,1

Fonte: DGTF - Direção-Geral do Tesouro e Finanças (2012)

Quadro 14 - As PPP realizadas em Portugal na segurança interna

Concessão	Concessionário	Ano	Duração	Investimento (M€)
SIRESP	SIRESP – Rede nacional de emergência e segurança	2006	15	124,9
			Total	124,9

Fonte: DGTF - Direção-Geral do Tesouro e Finanças (2012)

2.4.2. Instrumentos de relação jurídica das PPP em Portugal

Em Portugal constituem, de acordo com o Decreto-Lei nº111/2012, de 23 de maio, "instrumentos de regulação jurídica das relações de colaboração entre entes públicos e entes privados:

- a) O contrato de concessão ou de subconcessão de obras públicas;
- b) O contrato de concessão ou de subconcessão de serviço público;
- c) O contrato de fornecimento contínuo;
- d) O contrato de prestação de serviços;
- e) O contrato de gestão;
- f) O contrato de colaboração, quando estiver em causa a utilização de um estabelecimento ou de uma infraestrutura já existentes, pertencentes a outras entidades que não o parceiro público" (número 4, artigo 2º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).

De acordo com a legislação atualmente em vigor, são considerados parceiros públicos nas parcerias:

- a) "O Estado;
- b) As entidades públicas estatais;
- c) Os fundos e serviços autónomos;
- d) As empresas públicas;
- e) Outras entidades constituídas pelas entidades anteriores" (número 2, artigo 2º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).

2.4.3. Repartição de responsabilidades e partilha de riscos

Nas parcerias estabelecidas em Portugal encontram-se claramente definidas na legislação as incumbências relativas à repartição de responsabilidades. Desta forma, cabe ao parceiro privado o dever da realização e do respetivo financiamento da atividade contratada, nos termos acordados, e ao parceiro público o cumprimento dos seus pagamentos, o acompanhamento, avaliação e controlo sobre a execução, garantindo o interesse público que se encontra subjacente a cada contrato (Unidade Técnica de Acompanhamento das Parcerias [UTAP], 2008).

Assim, existe uma partilha de riscos entre os parceiros, devendo esta "implicar uma significativa transferência de risco para o setor privado", de acordo com a respetiva capacidade deste para os gerir (artigo 7º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio). Esta questão deverá estar bem clarificada nos termos contratuais, nomeadamente através da construção de uma matriz de risco, preferencialmente em formato tabela (anexada aos contratos), que identifique e esclareça a "tipologia de riscos assumidos por cada um dos parceiros" (nº2 do artigo 7º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).

2.4.4. Pressupostos das PPP realizadas em Portugal

De acordo com a legislação em vigor, a criação de uma PPP em Portugal, o lançamento e adjudicação do contrato de parceria, devem obedecer a um conjunto de pressupostos, como são exemplos:

- a) A obtenção de benefícios para o setor público relativamente a outras formas de contratação previstas na lei;
- b) A expectativa de obtenção face aos montantes investidos e ao tipo e grau de riscos para os parceiros privados;
- c) A realização de estudos prévios relativos aos impactos orçamentais previsíveis para o setor público (receita e despesa) e respetiva comportabilidade;
- d) O cumprimento, quando aplicável, das regras de programação financeira plurianual, de acordo com o previsto na Lei de Enquadramento Orçamental;
- e) O cumprimento das normas legais e outros instrumentos normativos em vigor;
- f) A obtenção das autorizações, licenças e pareceres administrativos necessários e exigidos por lei para que "todo o risco da execução seja, ou possa ser, adequadamente transferido para o parceiro privado";
- g) A definição clara e objetiva das finalidades da parceria para o setor público, assinalando os resultados pretendidos e as vantagens obtidas (por exemplo, através da realização de uma análise de custo-benefício);
- h) A definição clara e objetiva dos resultados que se pretendem obter do parceiro privado;
- i) "A adequação do prazo de vigência da parceria às circunstâncias e características específicas de cada projeto, tendo designadamente em consideração o período de

reembolso do financiamento, o escalonamento dos pagamentos e a vida útil das respetivas infraestruturas";

- j) "A conceção de modelos de parcerias e de estruturas contratuais que evitem ou minimizem probabilidade da verificação de modificações unilaterais dos contratos";
- k) A definição e atribuição de responsabilidades e partilha de riscos;
- l) "A identificação detalhada dos riscos a assumir por cada um dos parceiros" (artigo 6º da Lei nº111/2012, de 23 de maio).

2.4.5. Desenvolvimento do processo de contratação da parceria entre 2003 e 2012

O desenvolvimento do processo de contratação de uma parceria público-privada, em Portugal, definido pelo Decreto-Lei n.º86/2003, de 26 de abril e pelo Decreto-Lei n.º141/2006, de 27 de julho, contemplava as etapas definidas no quadro 15.

Quadro 15 - Processo de formulação de PPP em Portugal de 2003 a 2012

PPP em Portugal
<ul style="list-style-type: none">• Identificação das necessidades por parte das tutelas setoriais• Definição de um estudo estratégico• Intervenção da PARPÚBLICA• Estudo e avaliação do projeto de PPP (sendo criada uma Comissão de Acompanhamento para o efeito)• Identificação da unidade a construir• Análise das recomendações do Relatório da Comissão de Acompanhamento sobre o lançamento e criação da PPP• Decisão da criação da parceria por Despacho do Ministro das Finanças e da tutela setorial• Nomeação da Comissão de Avaliação de Propostas• Lançamento do concurso de parceria e das respetivas condições• Relatório da Comissão de Avaliação de Propostas com a qualificação dos concorrentes• Adjudicação e celebração do contrato

Fonte: Cabral (2009); Decreto-Lei n.º86/2003, de 26 de abril; Decreto-Lei n.º141/2006, de 27 de julho

O processo de formulação de uma PPP origina elevados custos, quer pela sua complexidade, quer pelo facto de envolver diversas entidades. Desde a fase inicial, que acarreta custos com os estudos sobre a identificação de necessidades por parte do Estado, até aos custos associados aos processos de acompanhamento de desenvolvimento dos projetos (Barros, 2010).

No ano 2003 foi constituída a Participações Públicas - SGPS, S.A. (Parpública⁷), com o propósito de prestar apoio ao Ministro das Finanças no acompanhamento das parcerias público-privadas. Neste âmbito, foram criadas as comissões de acompanhamento, ou alteração do projeto, e de avaliação de propostas, definidas no quadro legal da participação da Parpública. A nomeação dos representantes das referidas comissões ficou a cargo da Parpública, bem como a prestação do apoio técnico às mesmas (Despacho Normativo n.º 35/2003, do Ministério das Finanças, de 25 de agosto).

Para além disso, a Parpública ficou responsável pela prestação de apoio técnico ao Ministério das Finanças, quer ao nível da informação sobre os riscos e os custos nas parcerias, quer na elaboração de pareceres sobre alterações aos contratos em vigor (Despacho Normativo n.º 35/2003, do Ministério das Finanças, de 25 de agosto).

No que diz respeito à comissão de acompanhamento⁸, esta poderá pronunciar-se com recomendações acerca do lançamento e da criação de parcerias, de acordo com a evolução do projeto (artigo 8º Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril). Desta forma, procede-se ao lançamento da PPP e das suas respetivas condições através de um despacho, que inclui:

- a) "O programa de concurso;
- b) O caderno de encargos;
- c) A análise das opções que determinaram a configuração do projeto;
- d) A descrição do projeto e do seu modo de financiamento;
- e) A demonstração do seu interesse público;
- f) A justificação do modelo de parceria escolhida;
- g) A demonstração da comportabilidade dos custos e riscos decorrentes da parceria, em função da programação financeira plurianual do setor público administrativo" (artigo 10º do Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril).

Para analisar a parceria e as condições em que esta é feita, constitui-se uma comissão de avaliação das propostas (criada por despacho conjunto do Ministro das Finanças e da tutela do setor específico da parceria, composta por representantes dos respetivos ministros). Esta

⁷ Através do Despacho Normativo n.º 35/2003 do Ministro das Finanças, de 25 de agosto.

⁸ Criada por despacho conjunto do Ministro das Finanças e da tutela do setor específico da parceria, composta por um mínimo de dois membros e por um máximo de cinco, em representação de cada um dos Ministros das Finanças e da tutela setorial (Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril).

comissão tem como objetivo a avaliação dos riscos para o setor público, assim como do mérito das propostas em causa. Posteriormente, é publicado um despacho conjunto com a informação do qual resulta a decisão de adjudicação da PPP (artigo 12º do Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril; Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de julho).

Em 2007 foi também criado o Gabinete de Acompanhamento do Setor Empresarial do Estado, das Parcerias Público-Privadas e das Concessões (GASEPC)⁹, que está integrado na Direcção-Geral do Tesouro e Finanças.

Em 2008, ao nível do controlo e da fiscalização (prévia, sucessiva e concomitante), o Tribunal de Contas avaliou as parcerias e a aplicação do dinheiro público nas mesmas, bem como os seus prazos e derrapagens, publicando também linhas de orientação para a realização de auditorias externas (Tribunal de Contas, 2008; 2009).

2.4.6. Desenvolvimento do processo de contratação da parceria desde 2012

A excessiva pluralidade de intervenientes de entidades públicas envolvidas no processo de formulação e no acompanhamento, determinou a inexistência de uma gestão pública coordenada, gerando-se uma certa incapacidade do setor público de acumular experiência. Este facto contribuiu para o agravamento dos encargos com as PPP a cargo do Estado (Preâmbulo do Decreto-Lei nº111/2012, de 23 de maio), o que foi consubstanciado pelo Tribunal de Contas nas auditorias que fez às parcerias público-privadas nas diferentes áreas, nas quais identificou problemas relacionados com a conceção, a elaboração, o concurso, a concessão, a fiscalização e a monitorização dos processos (Tribunal de Contas, 2009). Na literatura é também referido um aspeto negativo relacionado com a dependência das parcerias relativamente a entidades externas, que atrasam ou condicionam a sua implementação. Para além disso, existe por vezes um défice de qualificação do pessoal do setor público envolvido no processo, que não está devidamente preparado para a complexidade dos projetos em causa (Marques & Silva, 2008).

⁹ Despacho n.º 936/07, de 21 de setembro do Secretário de Estado do Tesouro e Finanças.

Pelos motivos expostos e seguindo a tendência europeia de centrar numa única unidade um conjunto significativo de competências e responsabilidades relativas às parcerias, foi entendimento do Governo em funções no ano 2012, eliminar a dispersão de múltiplas tarefas criando sob a tutela do Ministério das Finanças uma unidade especializada, a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos. Esta entidade, com autonomia administrativa, assumiu assim todas as "responsabilidades no âmbito da preparação, desenvolvimento, execução e acompanhamento global dos processos de PPP", assegurando em simultâneo um apoio técnico especializado para todo o Governo em matérias de natureza económico-financeira (preâmbulo do Decreto-Lei nº111/2012, de 23 de maio). Além destas funções, a UTAP poderia ainda prestar "apoio técnico a entidades públicas na gestão de contratos, assumir a qualidade de gestora de contratos e promover ações de formação, bem como de prestar apoio técnico no desenvolvimento, contratação e acompanhamento de grandes projetos" (preâmbulo do Decreto-Lei nº111/2012, de 23 de maio). Desta forma, a partir de 2012 o desenvolvimento e o acompanhamento dos processos de parcerias passaram a contar com o apoio desta unidade técnica, em colaboração com os ministérios e as respetivas entidades públicas contratantes.

Relativamente a decisões suscetíveis de gerar encargos, este diploma no seu preâmbulo "atribui uma relevância à comportabilidade orçamental, quer na vertente de lançamento de novas parcerias, quer na vertente de eventuais determinações unilaterais proferidas pelos parceiros públicos".

Como tal, além de passar a ser exigida uma análise de comportabilidade orçamental e a realização de análises de sensibilidade, encontra-se ainda prevista uma análise de custo-benefício e a elaboração de uma matriz de partilha de riscos, "com uma identificação da tipologia de riscos assumidos por cada um dos parceiros, sempre que se prepare um novo projeto de parceria" (preâmbulo e artigo 7º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).

Destaca-se ainda a adoção de medidas de promoção da transparência de todas as fases dos processos relativos a PPP, com a obrigatoriedade da publicação de vários documentos (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).

A revisão do regime legal aplicável às PPP corresponde "aos objetivos e medidas previstas no Programa de Assistência Financeira acordado com a União Europeia, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu, mais concretamente no que respeita à obrigação do Estado Português de introduzir no ordenamento jurídico um quadro legal e institucional reforçado, no âmbito do Ministério das Finanças, que permita um efetivo e rigoroso controlo dos encargos, bem como dos riscos, associados às PPP" (preâmbulo do Decreto-Lei nº 111/2012, de 23 de maio).

2.4.6.1. Preparação do processo

O processo de desenvolvimento de uma PPP inicia-se com uma proposta de projeto realizada por uma entidade pública, que a apresenta ao membro do Governo da sua área setorial, devidamente fundamentada e onde indica obrigatoriamente:

- a) O objeto da parceria;
- b) Os objetivos a alcançar;
- c) A fundamentação económica;
- d) A viabilidade financeira do projeto (artigo 9º do Decreto-Lei nº 111/2012, de 23 de maio).

Em caso de aceitação e decisão, de modo a dar início à preparação da parceria, o membro do Governo responsável pela área solícita ao Ministério das Finanças a constituição de uma equipa de projeto. Esta equipa é delegada na UTAP, quem tem cinco dias úteis para a designar, devendo ser integrados na mesma dois ou três (num total de cinco ou sete) membros indicados pelo Ministério que solicitou o estudo de projeto (artigos 9º e 10º Decreto-Lei nº 111/2012, de 23 de maio).

Quadro 16 – Competência da equipa de projeto nomeada pela Unidade Técnica

Funções da equipa de projeto
<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver os trabalhos de preparação para o lançamento da parceira• Justificar e apresentar o modelo a adotar, com base na eficiência técnica e operacional, ou na racionalidade económica e financeira• Elaborar o estudo estratégico e económico-financeiro• Evidenciar a sustentabilidade orçamental da parceria• Definir medidas que promovam a defesa do interesse público• Elaborar as minutas dos instrumentos jurídicos necessários previamente à contratação• Contribuir para uma articulação eficaz entre as entidades, promovendo a celeridade e a eficácia• Colaborar com as entidades envolvidas na fiscalização e no acompanhamento das parcerias

Fonte: artigo 12º do Decreto-Lei n.º111/2012, de 23 de maio

Os trabalhos desta equipa podem ser imediatamente cessados, se no decorrer dos desenvolvimentos de preparação do lançamento da parceria for considerado que um outro modelo de contratação pode ser mais vantajoso para o setor público (artigo 13º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).

2.4.6.2. Lançamento da parceria

Quando terminados os estudos necessários e para efeitos de aprovação do lançamento da parceria, a equipa de projeto submete um relatório com a proposta da decisão à consideração do Ministro das Finanças e do Ministro da área setorial do projeto. Neste documento devem constar os encargos para o setor público (brutos, diretos e indiretos), bem como os respetivos riscos. Posteriormente, os membros do Governo responsáveis emitem um despacho conjunto (no prazo de 30 dias), onde manifestam a decisão da aprovação do lançamento da parceria e das suas condições. No seguinte quadro estão referidos alguns dos aspetos que devem constar no referido despacho (artigo 14º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).

Quadro 17 – Elementos constantes no Despacho Conjunto de aprovação à parceria

Elementos do Despacho Conjunto de aprovação à parceria
<ul style="list-style-type: none">• Programa de procedimentos• Caderno de encargos Composição do júri do procedimento• Análise das opções que configuram o projeto• Descrição do projeto e do modo como este é financiado• Evidências do interesse público do projeto• Justificação pela opção da PPP• Demonstração da sustentabilidade financeira do projeto e dos seus riscos• Declaração do impacto ambiental, quando aplicável

Fonte: nº4, artigo 14º do Decreto-Lei n.º111/2012, de 23 de maio

Contudo, é sempre necessário ter em atenção que a seleção do procedimento deve respeitar o regime previsto no Código dos Contratos Públicos, devendo indicar-se no procedimento aspetos como: "a taxa global de custo de capital alheio a considerar; o nível de fundos próprios exigidos; a maturidade e composição dos fundos alheios e o respetivo serviço da dívida" (artigo 15º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).

Nesta fase, o procedimento para a formação de contrato de parceria é orientado por um júri constituído por três a cinco membros nomeados pelos Ministros das Finanças e da área setorial em causa, cuja competência obedece obrigatoriamente ao regime previsto no Código dos Contratos Públicos. A UTAP presta "todo o apoio técnico e administrativo" necessário neste processo (artigo 17º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).

O referido júri deverá proceder à avaliação das propostas tendo em conta os riscos da parceria e a programação financeira plurianual. Para tal, irá elaborar um relatório que descreve o projeto e o seu modo de financiamento e fazer a avaliação quantitativa dos encargos previstos para o setor público, bem como estimar o impacto potencial dos riscos, direta ou indiretamente, afetos ao setor público (artigo 17º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio). Por fim, cabe aos elementos do Governo, responsáveis pelo processo, apreciar o relatório do júri e emitir um despacho conjunto (num prazo de 30 dias a contar da data de receção) com a decisão de adjudicação.

A qualquer momento existe uma reserva de não adjudicação que permite dar termo ao procedimento, sem direito a indemnização, sempre que, "os resultados das análises e avaliações realizadas até então ou os resultados das negociações levadas a cabo com os concorrentes não correspondam, em termos satisfatórios, aos fins de interesse público subjacentes à constituição da parceria" (artigo 18º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).

2.4.6.3. Execução e modificação de parcerias

A legislação publicada em 2012 inclui um capítulo III que prevê a execução e modificação de parcerias. Assim, sempre que o parceiro público solicitar uma reposição do equilíbrio financeiro deve, previamente, estimar os efeitos financeiros decorrentes (de acréscimo ou

redução de encargos). Para além disso, deverá também verificar a correspondente comportabilidade orçamental e o consequente processo de negociação, sendo para o efeito constituída uma comissão de negociação. Por outro lado, o mesmo capítulo refere que sempre que se justifique (seja pelo valor, complexidade ou interesse público), pode ser determinada pelos membros do Governo a constituição de uma equipa para acompanhar a fase inicial de execução desse contrato.

Quadro 18 – Competências da comissão de negociação

Competência da comissão de negociação
<ul style="list-style-type: none">• Representar o parceiro público nas sessões de negociação com o parceiro privado• Promover a articulação com o serviço ou entidade que representa o parceiro público• Negociar as soluções e medidas que considere mais coerentes com a defesa do interesse público• Demonstrar a comportabilidade orçamental das soluções preconizadas e quantificar os encargos para o setor público• Proceder à estimativa do impacto potencial da eventual alteração da matriz de riscos ou de novos riscos, direta ou indiretamente, afetos ao setor público• Elaborar o projeto de relatório a submeter à aprovação superior, fundamentando os consensos obtidos, ou as soluções que propõe

Fonte: artigo 22º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio

A comissão de negociação apresenta um relatório à consideração dos membros do Governo, onde fundamenta os resultados do processo negocial e emite uma proposta de decisão que deve ser aprovada em despacho a emitir no prazo de 30 dias após data de receção do relatório.

2.4.6.4. Acompanhamento | fiscalização global das parcerias

Desde 2012 que foi também incumbida à UTAP a tarefa de acompanhar permanentemente a evolução dos contratos de parceria. Assim, ficou estabelecido pelo Decreto-Lei nº 111/2012 de 23 de maio, que no dia 20 do mês subsequente a cada trimestre esta entidade deveria apresentar um relatório detalhado sobre o ponto de situação dos encargos previstos e realizados pelo setor público de cada parceria realizada. O mesmo diploma confere também competências à UTAP para acompanhar todos os processos arbitrais que envolvam parcerias, apoiando em todos os aspetos técnicos os representantes do parceiro público.

A centralização do acompanhamento e fiscalização das parcerias na UTAP não tiveram por objetivo prejudicar os poderes atribuídos na lei, ou nos contratos, a outras entidades para fiscalizar, controlar e determinar auditorias. Assim, esta teve como objetivos dotar o setor

público de uma maior capacidade e conhecimento sobre as matérias, com ganhos em termos de experiência, eficácia e eficiência, como se apresentam alguns exemplos no quadro seguinte.

Quadro 19 – Objetivos da centralização das atividades de acompanhamento e fiscalização das parcerias na UTAP

Objetivos das ações de acompanhamento fiscalização pela UTAP
<ul style="list-style-type: none">• Assegurar a continuidade do conhecimento dos projetos, dotando o setor público de uma maior capacidade negocial• Assegurar que permaneça no setor público o conhecimento dos projetos• Reduzir e/ou eliminar o recurso à consultadoria externa• Recolher, tratar e centralizar a informação económico-financeira de contratos celebrados ou a celebrar• Reportar o ponto de situação ao Governo• Dotar o Ministério das Finanças de adequados instrumentos de informação que possam contribuir para as decisões políticas relacionadas com as parcerias• Identificar previamente as situações que poderiam agravar o esforço financeiro do Estado, prevenindo a ocorrência de situações inesperadas• Melhorar o processo de constituição de novas parcerias• Contribuir para uma divulgação eficaz da experiência recolhida no âmbito do setor público• Avaliar os resultados de contratos de parceria celebrados, designadamente comparando-os com outros obtidos por diferentes entidades públicas ou privadas em atividades idênticas

Fonte: artigo 28º do Decreto-Lei n.º111/2012, de 23 de maio

2.4.6.5. Transparência e publicitação

Um dos termos reforçados no novo procedimento (definido pelo artigo 32º da Decreto-Lei n.º 111/2012) foi a maior transparência e publicitação pela UTAP, que deve "deve dispor de um sítio próprio para efeitos de publicitação de todos os documentos julgados úteis relacionados com processos de parcerias" (seja de novas ou das existentes).

O Decreto-Lei n.º111/2012, de 23 de maio veio estabelecer um conjunto de documentos obrigatórios a publicar, que constam do quadro 20.

Quadro 20 – Documentos de publicitação obrigatória pela UTAP

Lista de documentos de publicação obrigatória
<ul style="list-style-type: none">• Os relatórios trimestrais (após aprovação do membro do Governo responsável pela área das finanças)• O despacho relativo à designação do Coordenador da Unidade Técnica• A composição das equipas de projeto, de júris de procedimento, de comissões de negociação e de equipas de acompanhamento das fases iniciais da execução de contratos• Os programas de procedimento, cadernos de encargos e correspondentes anexos das parcerias realizadas• Os relatórios finais de avaliação das propostas relativos a parcerias• Os contratos de parcerias já celebrados, exceto quando contenham matérias legalmente protegidas• As alterações a contratos de parcerias já celebrados e os seus anexos, exceto quando contenham matérias legalmente protegidas• Os peritos indicados para os processos de arbitragem

Fonte: artigo 33º do Decreto-Lei n.º111/2012, de 23 de maio

3. A EVOLUÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: CONTEXTO HISTÓRICO

Para compreender as parcerias público-privadas é necessário compreender os modelos de governação, visto que as PPP são uma característica especial da governação (Bult-Spiering & Dewulf, 2006, p.1).

Neste ponto pretende abordar-se, com maior pormenor, o desenvolvimento das principais teorias e modelos que regem a evolução da Administração Pública. Contextualizam-se também os principais modelos que influenciaram a reforma no setor da saúde, com ênfase no subsector hospitalar.

Ao longo dos anos, vários foram os modelos existentes na Administração Pública que sofreram profundas transformações, movidas não só por fatores políticos, mas também em consequência de circunstâncias históricas, sociais e económicas (Bilhim, 2014a).

A administração pública, como modelo de organização, deu os seus primeiros grandes passos durante a segunda fase da revolução industrial, surgindo como uma resposta ao rápido crescimento registado no mundo, que se adivinhava moderno, mas altamente corrupto (Barry & Whitecomb, 2005, p.22).

No século XIX, nos Estados Unidos da América, um dos autores que mais se destacou na criação das bases científicas, que permitiram o reconhecimento da Administração Pública como uma área do conhecimento autónoma, foi Woodrow Wilson, em 1887, através da edição da obra “*Study of Administration*”. Nesta obra, o autor defendeu a separação entre a administração pública e a esfera política, perante a deficiente administração e os problemas de corrupção existentes (Wilson, 1887; Bilhim, 2014a; Bilhim, Ramos & Pereira, 2015).

Na primeira década do século XX, Goodnow deu continuidade à defesa do ideal de separação entre administração e política, já defendido por Wilson (Frederickson, Smith, Larimer, & Licari, 2012, p.17, 19). Nos anos 30 do século XX, foram aprofundadas as investigações da ciência da administração, como é exemplo a obra de Taylor sobre a organização científica do trabalho (Bilhim, 2014a).

Os anos 40 foram ainda caracterizados pelo nascimento da teoria da decisão, baseada nas obras de Herbert Simon, que observava a decisão como um ponto central de todos os processos que envolviam a administração pública, desde a sua conceção à aplicação prática (Augier & March, 2001; Frederickson et al., 2012, p.47; Pierre, 2001).

O paradigma de Estado intervencionista, em aspetos económicos (fundado na manutenção da estabilidade no emprego), foi sustentado por John Maynard Keynes (conhecida como teoria keynesiana) (Barr, 1998, p.32). Esta perspetiva foi um dos fatores que esteve na base do desenvolvimento, em meados do século XX (entre os anos 40 e 70), do modelo de Estado-Providência (Welfare State) (Adão e Silva, 1997, p.44). No entanto, as crises petrolíferas da década de 70 (anos de 1973 e 1979) e a prevalência de interesses privados e corporativos, face ao bem público, originaram um desequilíbrio das economias mundiais, que observaram uma grave crise marcada pelo desemprego, elevada inflação, aumento da carga fiscal e crescimento da despesa das instituições públicas (Barsky & Kilian, 2004; Hammes & Wills, 2005). Toda esta situação pôs em evidência a debilidade do Estado Providência, sendo então desenvolvidos pensamentos mais abrangentes, que defendiam imperativamente uma mudança no papel do Estado, devendo este reforçar o seu poder de regulador, reduzindo a sua intervenção direta na economia (Adão e Silva, 1997, p.51-52). No caso português, só após o 25 de abril, nomeadamente com a redação constitucional de 1976, o Estado assume um caráter mais social (*Welfare State*) na prestação de serviço público (Rocha, 2001).

Ainda sob os efeitos da última crise petrolífera (1979) e com as principais economias mundiais em queda, surgiu, no Reino Unido, pela mão de Margareth Thatcher, uma nova reforma na administração pública. Esta tinha como fundamento um conjunto de reformas que transpunham fundamentos e modelos de caráter privado para a administração pública, com a implementação de uma maior racionalidade na gestão de recursos, na eficiência e na introdução de mecanismos de mercado e de concorrência (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald, & Pettigrew, 1996, p.57,69; Flynn, 2000; Hall, 2005), sujeitos a regras do direito privado (Bilhim, 2013a, p.68). Este movimento, juntamente com a teoria da escolha pública (que será abordada num próximo ponto), deu origem a uma nova perspetiva de administração pública conhecida como *New Public Management* (NPM) (Hood, 1991).

O predomínio da NPM perdurou ao longo de vários anos na maioria dos países desenvolvidos. Contudo, outros modelos emergiram, numa tentativa de resposta e adaptação ao desenvolvimento das sociedades, sendo necessário um reajustamento aos novos ideais e valores, que se levantavam numa dicotomia entre a investigação e os profissionais (Bogason & Brans, 2008). Neste sentido, surgiram posteriormente novos modelos de organização da administração pública, tais como a *New Public Governance*.

A reforma da administração pública, iniciada na Europa, estendeu-se também a Portugal (Rocha, 2001), com o X Governo Constitucional e fundamentalmente com o XI, foram intensificadas as medidas e os princípios reformadores característicos da NPM. Estes centram-se na qualidade, eficiência, eficácia, privatização, regulação e adoção de tecnologias de informação (Carvalho, 2008). Esta medida foi ao encontro de uma tendência universal, na qual a Administração Pública sentiu necessidade de se adaptar a uma nova realidade. De acordo com Monteiro (2010), esta necessidade foi provocada pelo:

Rápido crescimento dos fluxos financeiros, comerciais, migratórios, e culturais inerentes ao actual processo de globalização, conjugado com a imperativa necessidade de promover um uso mais eficiente dos recursos orçamentais, colocam na ordem do dia importantes questões quanto a uma nova concepção das estruturas de governação e de funcionamento da Administração Pública (p.52).

No entanto, as profundas alterações económicas verificaram-se mais tarde, com a revisão constitucional de 1989, possibilitando uma maior abertura na relação com o setor privado. O Estado passou então a ter sobretudo uma função de regulação do sistema, desenvolvendo a fiscalização e promoção das atividades (Bilhim, 2000; 2013a, p.73).

Serão caracterizados, neste ponto, os principais modelos que pautaram o desenvolvimento da Administração Pública: o Modelo Burocrático, a *New Public Management* e a *New Public Governance*.

3.1. Modelos/ Perspetivas

3.1.1. Modelo Burocrático ou Weberiano

A perspetiva burocrática de administração pública surgiu num momento pós-revolução industrial (finais do século XIX – inícios do século XX), associada a uma necessidade de reforma da sociedade e das organizações (Peters, 2001, p.3). Estas teorias conhecidas como Weberianas (em homenagem a Max Weber), fundadas na autoridade e legalidade, foram adotadas a partir dos anos 30, constituindo-se como uma nova filosofia de administração originária da Europa (Albrow, 1970, p.63).

Um dos temas que dividia as opiniões no início do século XX era a dicotomia política-administração. Entre as questões que se colocavam, várias eram as que se encontram na literatura e que se relacionam com a posição dos administradores públicos face aos processos políticos (Sager & Rosser, 2009). Max Weber, nos seus escritos, manifestou uma preocupação com estas questões, dado que as mesmas interferiam com toda a envolvência da sociedade. A posição de Weber estava fundamentalmente baseada nas questões do poder e domínio sobre a sociedade, sendo que a sua preocupação se centrava sobretudo na racionalização do exercício de poder (Beetham, 1985; Gerth & Mills, 2009, p.160).

De acordo com Weber, as questões de administração deveriam ser vistas de forma distinta das políticas, considerando por isso que a forma de organização ideal para as sociedades legais e racionais seria a burocracia (Fry & Nigro, 1996; Gerth & Mills, 2009, p.232-233). Wilson apresentou, pela primeira vez em 1887, a dicotomia entre política e administração, defendendo a existência de uma separação entre aqueles que são eleitos e nomeados, considerando que as funções de uns não devem interferir com as dos outros. Esta perspetiva defende o administrador como um executor das políticas decididas. A execução deveria ser feita de forma racional, eficiente e eficaz, com o objetivo de exercer um controlo direto sobre as pessoas e os objetos. Esta natureza de racionalidade é diferente da natureza política, sendo a política o campo específico daqueles que são eleitos, dos estadistas, enquanto a administração é do domínio dos funcionários técnicos, através da implementação das políticas (Denhardt & Denhardt, 2007; Wilson, 1887; Zafirovski, 2001).

A perspectiva burocrática, fundada nas ideias de Weber, destaca a burocracia como uma organização formal das sociedades, aliada a um conjunto de regras e normas. Neste campo, o papel do político numa democracia é o de orientar a decisão política, dando voz e honrando a vontade e o interesse dos cidadãos, com um elevado espírito ético. Em relação aos administradores, estes não deveriam preocupar-se com questões políticas, centrando as suas ações nas habilidades para executar as ordens legais, com um senso de dever e ética que teria de ser superior à sua opinião pessoal sobre a política (Wood & Waterman, 1991). Ou seja, a burocracia weberiana fundamenta-se numa relação hierárquica, profissional, meritocrática e impessoal, cujo poder administrativo é detentor de um conjunto de competências para pôr em prática a decisão política (Bilhim, 2013b; Sager & Rosser, 2009).

Este modelo é caracterizado pela “rigidez na tomada de decisões, existência de múltiplos níveis hierárquicos, especialização minuciosa, procedimentalismo, caráter estatutário da relação de emprego, defesa da igualdade e mérito no acesso, garantia do emprego para toda a vida e centralização” (Rocha, 2007, p.29). Apesar da subserviência face ao poder político e às restrições nas relações pessoais no trabalho, com uma gestão apertada e com regras e normas que pautam a sua organização, o poder administrativo detém vantagens tais como a estabilidade nas carreiras profissionais e os benefícios sociais atribuídos (Reed, 2005, p.131). No quadro seguinte, resumem-se as principais características desta perspectiva.

Quadro 21 - Principais características do modelo burocrático proposto por Max Weber

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Divisão vertical e hierárquica do trabalho, com relações do tipo superior-subordinado.• Modelo de organização assente no poder e na autoridade.• Autoridade formal e cumprimento de regras e normas.• Poder político no topo da organização, que define os objetivos perante um aparelho administrativo hierarquizado, que os faz cumprir.• Predomínio de uma orgânica centralizada, cujas regras formais são decididas no topo de cada instituição.• Estrutura orgânica que promove a continuidade e estabilidade na carreira.• Funcionários motivados pela estabilidade no trabalho e pelos respetivos benefícios sociais.• A gestão/administração presta contas ao setor político.• Divisão do trabalho com restrição às relações pessoais, imperando apenas as profissionais.• Gestão apertada dos recursos humanos (carreiras e cumprimento de normas regras). |
|--|

Fontes: Cope (1997); Denhardt e Denhardt (2007)

A opção duradoura dos Estados por este modelo gerou alguns problemas de organização, sobretudo pelos inúmeros condicionamentos e pela hierarquização e normalização de todos os processos. Estes encontravam-se assentes em regras rígidas e num controlo absoluto e

centralizado, partilhado entre o poder político e o topo das organizações, o que deu origem a uma inflexibilidade na tomada de decisão, sem margem de manobra para o aparelho administrativo, uma vez que o poder e a autoridade estavam bem delineados em patamares superiores (Barzelay, 1992; Peters, 2001, p.56-57, 172). Consequentemente, o poder burocrático foi posto em causa, tendo sido levantados como principais problemas: uma fraca gestão; a falta de responsabilização; a ausência de transparência; a despreocupação com o desempenho dos funcionários e a falta de incentivos para controlar os custos. Como resultados da inadaptação do Estado ao seu papel e da sua incapacidade em dar resposta aos novos desafios, registou-se uma ineficiência da administração e um aumento da despesa pública (Araújo, 2007, p.14; Kettl, 2005; Peters, 2001, p.81; Pollitt & Bouckaert, 2004; Rosanvallon, 1995).

As críticas e a opinião pública generalizada de que a administração pública era antiquada, levaram os Estados a procurar novas formas de gestão (Lane, 2000, p.304). Como tal, a gestão deveria estar adaptada à realidade atual e em consonância com o setor privado, na procura de um maior desempenho e de uma maior eficiência para o setor público, reduzindo as tradicionais burocracias e encontrando novas formas de prestação de serviços públicos (Lindlbauer, Winter, & Schreyögg, 2016; Mozzicafreddo, 2002, 2008; Olsen, 2005).

3.1.2. *New Public Management*

O conceito tradicional do setor público esteve sob uma crescente pressão durante as últimas décadas. A perspetiva de que o Estado deve ser o principal interveniente nos serviços públicos e de que este tem a capacidade de influenciar a economia e a sociedade, começou a ser posta em causa (Barzelay, 1992, p.102; Ferlie et al., 1996).

Como resposta às necessidades do Estado social e às presentes dificuldades económicas, surgiu uma nova corrente no Reino Unido, no ano de 1979, impulsionada pelo Governo de Margareth Thatcher, como referido anteriormente, que ditou a transição para um Estado Gestor (Flynn, 1993, p.32; Newman, 2000, p.54; Rocha, 2000). O principal objetivo desta perspetiva era dotar a administração pública de ferramentas que capacitassem a sua estrutura em todos os processos, bem como dar meios capazes de melhorar o seu desempenho e eficiência (Flynn, 1993, p.91; Hughes, 2003, p.324; Osborne & Plastrik, 1997, p.22; Peters,

1996, p.185). Para tal, este modelo engloba uma conceção de serviço público centrado na responsabilização e na aproximação entre os setores público e privado, de forma a gerar uma maior confiança nos mercados (Hood, 1991).

Assim, a aproximação ao setor privado teve por base a conceção de que a gestão neste setor é mais eficiente do que a do setor público, considerando que isso se deve ao facto de os gestores atuarem em ambientes competitivos, com incentivos que os levam a maximizar o potencial da sua organização (Morales, Wittek, & Heyse, 2012).

De acordo com Lynn (2003, p.17), os principais elementos que configuram o argumento de que a gestão pública e privada são essencialmente diferentes em todos os seus aspetos fundamentais, são: o interesse público é diferente dos interesses privados; os funcionários públicos, pelo facto de exercerem o poder soberano do Estado, são necessariamente responsáveis pela defesa do interesse público e não pelos interesses de qualquer grupo particular e a Constituição exigir igual tratamento das pessoas, excluindo assim a seletividade que é essencial para sustentar a obtenção do lucro. Para além disso, os dois setores são formados para servir diversos tipos de interesses sociais, sendo que existem diferentes tipos de capacidades e valores apropriados para dar resposta a esses interesses.

Orientada pela Teoria da Escolha Pública, pelos ideais managerialistas e pelos modelos económicos do setor privado, esta perspetiva foi adotada, em plena década de 1990, para o redesenho dos processos políticos nas economias desenvolvidas (Flynn, 2002, p.65; Hood & Peters, 2004). Foram implementadas políticas que pretendiam imprimir uma melhoria no desempenho na eficácia e na eficiência do setor público, de uma forma similar à registada na realidade privada (Kettl, 2005, p.49; Pollitt & Bouckaert, 2004, p.106).

Os defensores da *New Public Management* acreditam que a introdução de características de gestão privada no setor público conduz a uma diminuição das principais diferenças entre estes dois setores. Como tal, dada esta convergência, as organizações públicas e privadas deverão ter uma maior semelhança em relação aos processos e às mudanças organizacionais (Morales, Wittek, & Heyse, 2012).

Através dos seus fundamentos, a NPM incentivou novas práticas de governação ao tentar tornar a cultura do setor público mais parecida com a do privado, alterando estruturas, e introduzindo incentivos e normas. Desta forma, contribuiu para uma grande mudança na prestação de serviços pelo governo, trazendo padrões mais complexos de governação ao incorporar mercados, redes e atores do setor privado e voluntário (Bevir, 2010, p.9).

A NPM veio assim trazer um conjunto de novas ideias acerca da governação. Como tal, é uma perspetiva geral sobre a forma como o governo pode fazer as coisas e de como este pode organizar os serviços prestados aos cidadãos. Contudo, esta não se debruça sobre a política, mas sim sobre o que acontece depois do parlamento definir os seus objetivos (Lane, 2000, p.304).

Esta nova filosofia de ação desencadeou-se em torno de várias organizações e setores de atividade. Teve mesmo uma aplicabilidade global, que influenciou as reformas administrativas dos vários governos, visando a promoção de novas políticas de gestão para o setor público (Carvalho, 2013). Assim, a NPM é um modelo bastante influente que se espalhou um pouco por todo o mundo, apesar de em alguns países a sua introdução ter sido mais teórica do que prática (Christensen, 2012, p.155). As experiências com esta perspetiva são variadas em diversos países, mas todas revelam que as vantagens prevalecem sobre as desvantagens (Lane, 2000, p.317).

Esta perspetiva trouxe para o campo da administração pública um conjunto de novas formas de organização dos Estados, que impuseram um rompimento com o modelo tradicional do setor público e com as consequências económicas que este acoplou (Dunleavy, Margetts, Bastow, & Tinkler, 2005). Entre as várias novidades trazidas por este modelo, destacaram-se:

- A agencificação administrativa - que consiste na "transformação de organismos da administração directa do Estado em institutos públicos ou outras entidades com autonomia administrativa e financeira" (Carvalho, 2008, p.156). Estas novas estruturas funcionam com uma autonomia de gestão, dentro ou fora do setor público, o que permite, através da cooperação/competitividade, criar mecanismos de concorrência interna, indutores de um maior desempenho (aumento da produtividade e da redução de custos) (Hood, 1995; Pollitt, Talbot, Caulfield, & Smullen, 2004, p.14).

-
- A maior autonomia dos gestores - a este conceito está associada a ideia de um corte entre as questões políticas e administrativas, visto que a interferência política na gestão poderia ser um dos pontos focais de ineficiência dos Estados (Behn, 1999). Esta é uma forma que conduz a uma maior descentralização da autoridade, já que existe uma atribuição de responsabilidades em altos cargos da administração (Bilhim, 2014b; Levy, 2010; Pollitt & Bouckaert, 2004, p.75);
 - A maior flexibilidade da gestão - traduz-se na atribuição dos instrumentos de gestão necessários a um bom desempenho, de acordo com os objetivos definidos. Esta flexibilidade está associada a um incentivo, ou melhor, em proporcionar as condições ideais para estimular a maior capacidade de trabalho e competência dos gestores do setor público, tal como se verifica setor no privado (Hood, 1995; Pollitt, 2003, p.41).
 - A valorização dos mecanismos do tipo mercado - esta medida resulta da base da NPM, ao se aproximar das características do setor privado como forma de resolver os problemas e défices do setor público, gerando competitividade. Assim, um dos seus fundamentos é o emprego de contratos de direito privado para fornecer serviços públicos (Lane, 2000, p.317). Entre vários exemplos podem incluir-se: a privatização, a subcontratação (franchising) e a orientação para o mercado externo e interno (Denhardt & Denhardt, 2007, p.13-16; Flynn, 1993, p.66; Kettl, 2005, p.49);
 - O papel regulador do Estado - as funções de produção e provisão do serviço público deixam de estar exclusivamente associadas aos Estados. Apesar de não as alienarem, o papel central dos governos concentra-se no financiamento e na regulação das atividades que são realizadas pelas estruturas públicas (agências) ou privadas, ou pela criação de empresas públicas (Hood & Peters, 2004; Majone, 1997; Pollitt, 2003, p.137). Os contratos são preferencialmente de curto prazo, sendo que o governo se torna um grande adjudicatário, que administra processos de concursos a fornecedores de serviços (Lane, 2000, p.317). De acordo com Bilhim (2013a, p.66), na base da redução do papel intervencionista do Estado estarão provavelmente causas como a ineficiência do setor público, a instabilidade nas contas, a alienação do património e a perda de peso político dos sindicatos;
 - O desenvolvimento de sistemas de avaliação de desempenho para os serviços públicos - esta medida está relacionada com a tendência do Estado em deixar de ser o principal prestador de serviços. Assim, os funcionários e as instituições dependem de uma avaliação, cujo objetivo é estimular a produção e despertar o espírito empreendedor de
-

cada trabalhador, distinguindo as pessoas e os serviços. Ou seja, passa a existir uma gestão orientada para os produtos e focada no desempenho (Bilhim, 2013a, p.213-214; Denhardt & Denhardt, 2007, p.19; Hood, 1991,1995; Page, 2005). Para além disso, os sistemas de avaliação permitem a identificação das necessidades de formação, de forma a potenciar o desenvolvimento das competências do trabalhador (Bilhim, 2013a, p.213-214).

- A transparência e responsabilidade - estes termos são vistos como máximas deste modelo. Para Denhardt e Denhardt (2007, p.89, 91) a NPM está orientada, não apenas para melhores resultados económicos (mais desempenho, mais eficiência e mais eficácia a menos custo), mas também para os princípios de *accountability*¹⁰ na prestação de contas e na relação com o utente, que é visto como um cliente do serviço público. Existe uma maior transparência relativamente aos contratos, sendo que esse aumento na transparência facilita o governo a saber melhor o que está a fazer, o que está a pagar e o que está a receber (Lane, 2000, p.315);
- A implementação de tecnologias de informação na administração pública - a opção pelas novas tecnologias constitui um recurso estratégico de modernização e capacitação do Estado. Estas encontram-se direccionadas para uma melhoria das bases de comunicação e informação entre os organismos e o público em geral, e a obtenção de uma maior eficiência para o sistema (Kettl, 2005, p.26; Pitschas, 2001). Como refere Monteiro (2010, p.52): "A noção de governo electrónico surge precisamente para designar os processos de transformação nas estruturas e relações internas e externas dos vários níveis do Estado e da Administração Pública através de incorporação e da potencialização das TIC".

No quadro 22 apresentam-se, resumidamente, as principais características desta perspetiva.

¹⁰ Representa o dever ético, de responsabilidade e transparência, que as pessoas que ocupam cargos públicos devem ter nas suas ações e condutas (Bevir, 2007).

Quadro 22 - Principais características da *New Public Management*

- Promoção da competição e da concorrência entre as organizações
- Redução de custos
- Incremento de produtividade e eficiência
- Promoção da melhoria de padrões de qualidade
- Gestores dotados de uma maior capacidade de controlo
- Promoção da flexibilidade dos instrumentos de gestão
- Introdução da avaliação de desempenho na procura de uma maior eficiência e eficácia
- Atribuição de uma maior autonomia para os dirigentes (administradores | gestores)
- Responsabilização da gestão
- Alteração do papel do Estado, focado na regulação e na organização da atividade económica do setor
- Promoção da empresarialização e da privatização de serviços públicos
- Adoção de mecanismos de mercado
- Implementação de tecnologias de informação no setor público

Fontes: Hood (1995); Hood e Peters (2004); Kettl (2005); Pollitt e Bouckaert (2004)

Contudo, a perspetiva da NPM não ficou isenta de críticas. Dunleavy et al. (2005) criticam este modelo, desde logo pela forma reacionária como surgiu perante os problemas financeiros do Estado Providência. Foi a aproximação do modelo de gestão privada ao setor público o centro destas discussões, com a argumentação de que existia uma disparidade entre ambas as realidades (Boyne, 2002; Manning, 2001). Nowell (2009) criticou a universalidade considerada na gestão, quando esta tem em conta a igualdade da aplicação de conceitos e técnicas aos setores público e privado.

Os seus críticos consideravam que a dimensão política tinha sido posta de parte, promovendo-se deste modo a desagregação, o que criou uma complexidade que em nada resolveu os problemas da sociedade (Dunleavy et al., 2005). Outras críticas relevantes foram fundadas na continuidade de algumas questões controversas que subsistiam do modelo burocrático, como o aumento da despesa, a corrupção e a fraude (Doig, 1997; Osborne & Plastrik, 1997, p.144, 215). Alguns autores consideram que a NPM não é um paradigma em si, mas um aglomerado dos paradigmas da escolha pública e do *managerialismo* (Ferlie et al., 1996, p.20).

Uma das suas maiores críticas tem-se devido também ao seu foco para dentro das organizações, num mundo que é cada vez mais plural e também ao recurso de técnicas, já desatualizadas, do setor privado, na implementação de políticas públicas e na prestação de serviços públicos (Osborne, 2010, p.4). Para além disso, existe ainda o argumento de que os custos mais baixos conseguidos para o Estado, que são uma grande vantagem da NPM, são

contrabalançados por uma redução na qualidade dos serviços públicos e também por um aumento nos custos de transação¹¹ (Lane, 2000, p.316).

A influência desta perspetiva na reforma administrativa, em Portugal, é reconhecida por diversos autores (Araújo, 2002; Bilhim, 2013b). O caso português não ocorreu nos mesmos moldes, nem nos mesmos tempos e nem com o mesmo vigor que em outros países. Para melhor ilustrar este comportamento, salienta-se o estudo de Carvalho (2008), do qual se extraíram dois quadros que apresentam os aspetos da NPM implementados nos sucessivos governos constitucionais.

Quadro 23 - Características da New Public Management e Programas de Governo (I ao IX)

Ideias da <i>New Public Management</i>	Governos Constitucionais									Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	
Avaliação de Desempenho	-	1	-	-	-	-	1	-	-	2
Autonomia de Gestão	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Agencificação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Qualidade	-	1	-	-	-	1	1	1	1	5
Eficiência	-	1	-	1	-	1	1	1	1	6
Eficácia	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Privatização	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Estado Regulador	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
TIC como Inovação	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2
Total	0	5	0	2	0	2	5	2	2	18

Fonte: Adaptado de Carvalho (2008, p.157)

Quadro 24 - Características da *New Public Management* e Programas de Governo (X ao XVII)

Ideias da <i>New Public Management</i>	Governos Constitucionais									Total
	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	-	
Avaliação de Desempenho	-	1	1	1	-	1	1	1	-	6
Autonomia de Gestão	-	1	-	1	1	-	1	1	-	5
Agencificação	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Qualidade	1	1	1	1	1	1	1	1	-	8
Eficiência	1	1	1	1	1	1	1	1	-	8
Eficácia	1	1	1	1	1	1	1	1	-	8
Privatização	-	-	1	-	1	1	1	-	-	4
Estado Regulador	1	-	1	1	1	1	1	1	-	7
TIC como Inovação	1	1	1	1	1	1	1	1	-	8
Total	5	6	7	7	8	7	8	7	-	55

Fonte: Adaptado de Carvalho (2008, p.157)

¹¹ Este conceito será abordado, com maior detalhe, no capítulo 4 do presente trabalho.

Nas conclusões do seu estudo, Carvalho (2008) refere que foi entre os anos 1985 e 1987 (X Governo Constitucional) que se iniciou a implementação de medidas de visão *managerialista*, sendo que esta fase culminou com a entrada de Portugal para a Comunidade Económica Europeia. A este respeito, Bilhim (2013b) retrata os últimos trinta anos em Portugal como sendo "ricos em novas experiências, promotoras de um Estado mais transparente, flexível, com recurso a privatizações, descentralização, desregulamentação e, em particular, na promoção de organizações públicas eficientes e meritocráticas" (Bilhim, 2013b, p.13). Como tal, foram criadas medidas que pretendiam tornar acessíveis aos cidadãos a informação e os serviços públicos, numa promoção de transparência da administração pública (Madureira, 2015).

Assim, as políticas públicas nacionais passaram a ter como um dos seus objetivos a competitividade, o que determinou a necessidades de mais competências quer ao nível da economia, quer da administração pública (Madureira, 2015). Um dos exemplos da influência da NPM, em Portugal, encontra-se presente na visível redução do peso do Estado, que passou de prestador de serviços públicos a regulador e na liberalização de setores de atividade (Araújo, 2002).

Outro exemplo da presença deste modelo, reflete-se na implementação de mecanismos incentivadores da meritocracia, como é o caso do sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública (SIADAP)¹² e do sistema de recrutamento e seleção de dirigentes superiores, através da Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública (CReSAP)¹³ (Bilhim, 2013b).

Esta realidade, que confere maior autonomia e responsabilidade aos gestores, levanta questões de ética, respeitantes às consequências dos novos tipos de relações, como as privatizações e as parcerias público-privadas. Assim, foi criada no XII Governo, uma “Carta Deontológica do Serviço Público”, sendo que também ao nível da CReSAP está bem patente este conceito,

¹² Este sistema de avaliação é aplicado ao serviços públicos, seus dirigentes e respetivos trabalhadores, pretendendo contribuir para uma melhoria da qualidade e desempenho dos mesmos, bem como do serviço da Administração Pública, através da motivação profissional e da promoção de competências (Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro).

¹³ Esta entidade independente foi criada com a missão de selecionar e recrutar os dirigentes superiores na Administração Pública (Lei n.º 64/2011, de 22 de dezembro).

pois nos seus estatutos é atribuída uma responsabilidade acrescida em termos de ética (Bilhim, 2014b).

3.1.3. *New Public Governance*

Outra das mudanças ocorridas na forma como os serviços públicos são organizados, com influência num governo com características empresariais, foi categorizada de *New Public Governance* (NPG) (Osborne, 2006).

Uma das críticas comuns quer à administração pública tradicional, quer à NPM, é o facto de estas não conseguirem captar a complexa realidade da prestação e gestão de serviços públicos no século XXI. Dadas as críticas a ambos os paradigmas, surge a questão de haver a necessidade urgente de uma compreensão mais abrangente sobre a implementação de políticas públicas e prestação de serviços públicos. Ou seja, um entendimento que vá além da dicotomia entre gestão e administração, e que permita uma abordagem mais ampla e integrada ao estudo e à prática de implementação de políticas públicas e de prestação de serviços públicos (Osborne, 2010, p.5).

A relação entre o Estado e a sociedade mudou significativamente no final do século XX, sendo que esta nova relação é um fenómeno internacional. Com os novos modelos, surgem atores políticos cada vez mais constrangidos pelos elementos que se encontram organizados na sociedade. Os Estados e as organizações internacionais compartilham cada vez mais a atividade de governar com outros atores da sociedade, que incluem empresas privadas, organizações não-governamentais e prestadores de serviços sem fins lucrativos (Bevir, 2010, p.2).

Assim, com as reformas ocorridas nos últimos anos evoluiu-se para uma mudança de um Estado prestador único de serviços públicos, para um conjunto de atores, que através de diversos tipos de contratos prestam os serviços, outrora do monopólio estatal. Esta nova

realidade enquadra-se na governação num modelo de *governance*¹⁴, com uma gestão baseada numa teoria de redes (Bilhim, 2013a, p.59; Frederickson et al., 2012, p.224).

Contudo, esta transferência de poderes pode causar problemas no momento da responsabilização e prestação de contas. Quer os dirigentes da administração pública, quer os políticos, deixam de ser responsabilizados da mesma forma que no modelo tradicional, tornando-se mais difícil identificar a responsabilidade de concretização das políticas (Bilhim, 2017).

De acordo com Osborne (2010, p.6) a *New Public Governance* é apresentada como uma ferramenta conceitual com capacidade para ajudar à nossa compreensão acerca da complexidade dos desafios que advêm da implementação de políticas públicas e da prestação de serviços públicos no século XXI, servindo também como uma reflexão acerca da realidade profissional dos gestores públicos de hoje. Assim, a NPG refere-se a diversas novas teorias e práticas de governação, bem como aos dilemas de que destas surgem. Estas novas teorias, práticas e dilemas, colocam menos ênfase do que os modelos que lhe antecederam, na hierarquia e no Estado e mais ênfase nos mercados e redes (Bevir, 2010, p.1).

A popularidade da palavra *governance* deve-se, em grande parte, à sua capacidade de adaptação às mudanças globais. Por um lado, possibilita uma reflexão sobre o modo como os padrões de regras operam através de grupos nos setores voluntário e privado, dado que o setor público passou do modelo burocrático para o sistema de mercado e de redes, em muitos governos. Por outro lado, os Estados estão cada vez mais envolvidos em cenários internacionais, como resultado da internacionalização das transações industriais e financeiras e de preocupações crescentes sobre problemas globais, como o terrorismo e o meio ambiente. Neste contexto, esta perspetiva dá resposta às formas pelas quais os Estados tentam corresponder às mudanças de ordem global. Os seus objetivos ganham destaque num mundo no qual o governo se tornou uma questão cada vez mais complexa, dependente de diversas partes interessadas, com vínculos formais e informais entre si (Bevir, 2012, p.5).

¹⁴ Para evitar ambiguidades na tradução da palavra *governance*, optou-se por adotar este termo sem tradução.

A literatura preparou o terreno para o paradigma de *governance*, que foi evoluindo durante a década de 1990. Assim, este conceito foi ganhando importância na literatura e entre outros atores da sociedade civil (Lynn, Heinrich, & Hil, 2000). É utilizado em ambos os setores, público e privado na caracterização de mecanismos e em referência a normas, formais e informais.

Sendo bastante intuitivo, sugere muito, mas no entanto, acaba por expressar pouco, pois existe alguma confusão e imprecisão acerca do mesmo. Contudo, apesar da sua ambiguidade e da vasta aplicação, este termo geralmente diz respeito à forma de alcançar o controlo e a coordenação de unidades organizacionais ou de indivíduos em função dos interesses para os quais estes contribuem em conjunto (Lynn, Heinrich, & Hill, 2001, p.6).

Constatou-se que os grandes problemas da sociedade não podiam ser resolvidos pelos organismos públicos, de forma isolada. A estrutura burocrática do Estado, que até então era responsável por produzir e prover os serviços públicos aos cidadãos, precisou de recorrer a múltiplos parceiros para garantir a sua provisão (Kettl, 2005). Assim, foi necessário preparar os órgãos públicos para trabalhar conjuntamente com outras organizações dos setores público, privado e do terceiro setor (Bovaird, 2004).

Argumentou-se que, para a introdução de mecanismos de mercado na prestação de serviços públicos ser bem-sucedida, os serviços deveriam ser geridos, ao invés de administrados, sendo que, de acordo com Hood (1991), gerir significa tomar decisões difíceis sobre a alocação de recursos escassos, ao invés de manter o *status quo*.

Na tentativa de solucionar os problemas que advinham da burocracia tradicional, a NPM recorreu principalmente ao uso da prestação de serviços com base nos princípios de mercado. Contudo, a *New Public Governance* tentou combinar elementos de ambas as abordagens, usando o argumento que nenhuma delas era superior à outra. Assim, a justiça e equidade, características da administração pública tradicional, seriam combinadas com os aspetos manageriais da *New Public Management* (Asquith, Brunton, & Robinson, 2015).

Como tal, apesar de ter começado por ser “...um elemento dentro dos regimes Administração Pública Tradicional e da *New Public Management* de implementação de políticas públicas e

do fornecimento de serviços públicos, a governação pública transformou-se num regime distinto por direito próprio” (Monteiro, 2010, p.58).

O desenvolvimento da NPG está associado a uma tentativa de combinação de elementos do modelo burocrático e da NPM. O seu pensamento foi desenvolvido em torno do fomento da teoria de redes e da promoção da satisfação dos cidadãos, através de uma interação positiva entre os líderes e os restantes agentes interventivos na tomada de decisão, com o objetivo de criar, reforçar, ou reproduzir normas (Bevir, 2007, p.229; Bovaird & Löffler, 2009; Frederickson et al., 2012, p.222-224).

A NPG apresenta dilemas que exigem novas estratégias para interligar as pessoas entre os diferentes níveis de governo e mobilizar uma diversidade de intervenientes. Esta perspetiva repõe o foco nas instituições formais do Estado, com o reconhecimento das distintas atividades que muitas vezes confundem os limites do Estado e da sociedade (Bevir, 2010, p.2).

Na sua perspetiva, as ligações mais importantes podem ser entre os atores do setor público e os que vêm de fora, sejam estes do mercado ou da sociedade civil. Estas ligações podem apresentar desafios específicos, pois podem ter envolvidos atores com diferentes objetivos e valores sobre os problemas políticos com que se defrontam. Deste modo, o que essas ligações podem requerer é a criação de um conjunto distinto de arranjos institucionais, de forma a que os padrões de interação entre o Estado e a sociedade possam ser tornados mais comuns e previsíveis (Peters, 2010, p.81).

As reformas do setor público deram origem a uma série de novos projetos e práticas, desde a privatização, às parcerias público-privadas e às redes globais de políticas públicas. A disseminação dessas práticas deu origem a questões sobre a relação entre o Estado e a sociedade. Alguns investigadores veem a NPG como o resultado, ou como uma causa do declínio do Estado, sendo que outros a consideram uma adaptação do Estado ao aumento crescente da complexidade da sociedade (Bevir, 2010, p.8).

Enquanto o início da NPM foi orientado para o desempenho e para a reforma do modelo burocrático, tendo a economia e a eficiência como as palavras de ordem, esta nova abordagem

tem sido mais voltada para o exterior, com os governantes e os funcionários públicos a assumir papéis de “bons vizinhos” para todo tipo de outros grupos e organizações na sociedade. Ou seja, de acordo com a perspectiva da NPG, o Estado é quem dá a informação sobre as consequências que podem advir de novos desenvolvimentos, coopera e permite a realização de projetos próprios, presta apoio nas dificuldades e dificilmente recorre à lei para forçar algo que não se pretende fazer (Pollitt, 2003, p.52).

A perspectiva da NPG é algo diferente da NPM. Enquanto a NPG tende a enfatizar as relações horizontais estabelecidas entre as organizações governamentais e outras organizações, a NPM confere destaque à orientação central (Klijn, 2010, p.304).

Apesar dos conceitos inerentes à NPM e à NPG não serem incompatíveis, nem todas as suas práticas pertencem a ambos os modelos e nem todos os seus pontos de vista podem existir em simultâneo. Contudo, estes estão relacionados e devem trabalhar em conjunto, através de mecanismos adequados de forma a melhorar a qualidade de vida dos cidadãos (Bovaird & Löffler, 2009, p.11).

A NPG, ao combinar sistemas administrativos com mecanismos de mercado e organizações sem fins lucrativos, origina, deste modo, práticas híbridas. Assim, desenvolvem-se novas formas de regulação público-privada, ou inteiramente privada. Nesta perspectiva são combinadas pessoas e instituições de diferentes setores de políticas e de diferentes níveis de governo (Bevir, 2012, p.6).

As redes surgiram como uma resposta às limitações que as reformas trazidas pela *New Public Managment* encontraram na adoção de mecanismos do tipo mercado nos serviços públicos. Para além disso, a complexidade de determinados problemas só pode ser resolvida através de uma multiplicidade de organizações com acesso a diversos recursos e a conhecimentos especializados (Raab, Mannak, & Cambré, 2013).

Enquanto a NPM tem como um dos seus principais focos a aferição de resultados em termos de *outputs*, a NPG dedica uma maior atenção à forma como as diferentes organizações interagem na obtenção de um nível mais elevado de resultados. Ou seja, mais importante do

que aquilo que é feito é a forma como as pessoas se sentem relativamente ao que é feito e, como tal, desta forma os fins não justificam os meios (Bovaird & Löffler, 2009, p.9).

A NPM e a NGP reduzem o papel e a responsabilidade dos políticos, deixando estes de ser os intervenientes preponderantes, mas mantendo a sua importância no estabelecimento de objetivos para o desenvolvimento de relações a longo prazo (Bilhim, 2017).

A organização em rede torna-se necessária na medida em que os recursos vêm de diferentes estruturas organizacionais e não apenas de uma integração vertical. Do mesmo modo, presume-se que as organizações que operam em rede são capazes de reorganizar continuamente os recursos de forma a dar resposta às necessidades dos cidadãos (Raab et al., 2013).

No paradigma da *New Public Governance*, os principais conceitos de gestão adquirem significados diferentes daqueles que tinham à luz da *New Public Management*. Assim, de acordo com esta perspetiva, a responsabilidade e a tomada de decisão têm que ser partilhadas num âmbito de parcerias e redes, da seguinte forma:

- As metas e os planos têm de ser coordenados e integrados, para que os parceiros possam ajustar-se mutuamente em torno de objetivos comuns, que podem ser apenas temporários, ou de longo prazo. Ou seja, ao longo da parceria existe um reforço mútuo entre os objetivos e as atividades das partes interessadas;
- No uso de relações contratuais, ao invés da provisão interna ou de contratos transacionais com provedores externos;
- Na gestão conjunta do processo de mudança estratégica. Significa que se espera que as agências e os grupos de projeto desempenhem funções conjuntas no processo de mudança global na sociedade ou na rede (Bovaird, 2004).

Skelcher e Mathur (2004) apresentam três possíveis modelos de *governance*:

- Hierárquica: reflete um sentido de relação vertical;
- Em redes: conciliação dos setores público e privado na decisão e prestação de serviço público;
- De mercado: decorrente da NPM e atenta aos mecanismos de mercado.

Apesar existirem várias definições de *governance*, legítimas dentro de seus próprios parâmetros, Osborne (2006) considera que este conceito tem a capacidade de ser muito mais do que um substituto para outras abordagens da Administração Pública. A intenção é a de encontrar um nicho distinto para a *New Public Governance*, que tem a capacidade de ser intelectualmente coerente e rigorosa e de, em simultâneo, captar as realidades da administração pública, dentro das suas complexidades pluralistas do século XXI. Este modelo baseia-se na existência de um Estado pluralista, que procura compreender o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas dentro deste contexto.

O paradigma da *New Public Governance* combina os pontos fortes da administração pública tradicional e da NPM, reconhecendo a legitimidade e a inter-relação de ambas na elaboração de políticas e na prestação de serviços. Esta perspetiva torna-se inovadora, na medida em que aprecia e estabelece desafios na gestão da administração pública no mundo plural. Para além disso, fornece um quadro concetual coerente para o desenvolvimento da teoria e da pesquisa sobre a prática da administração pública no presente século (Osborne, 2006).

Contrariamente ao modelo tradicional, que tinha por objetivo o controlo dos inputs, a NPG, tal como a NPM, orienta a sua gestão para os resultados, através do controlo dos outputs. Ambos os modelos usam a competitividade como uma ferramenta para aumentar a eficiência e a capacidade de resposta aos cidadãos (Bilhim, 2017), sendo um modelo que permite melhorar o desempenho e a prestação de contas. Como tal, o foco do governo deverá centrar-se no estabelecimento de metas, ao invés de tentar controlar o processo de implementação de políticas (Klijn, 2010, p.304).

Um outro conceito da perspetiva da *governance* é o de que o desempenho deve ser avaliado ao nível da parceria, pedindo-se a cada parceiro para explicar a sua contribuição para a sociedade, pois se algum deles estiver a tirar benefícios a partir das contribuições, isso é altamente prejudicial para a parceria (Bovaird, 2004).

As organizações públicas ou privadas podem ser responsabilizadas através do uso de indicadores claros de desempenho, ou de outros mecanismos de mercado. Nesta questão existe uma semelhança à NPM, que também enfatiza que os governos devem acompanhar o desempenho à distância, usando para tal indicadores de desempenho e mecanismos de

mercado, que possibilitem a organização de serviços e o garante dos resultados das políticas (Klijn, 2010, p.304).

A necessidade de optar por outras formas de governação para as instituições públicas, potenciou o envolvimento do setor privado. Por um lado, adotando características deste tipo de gestão, e por outro, cooperando com ambos os setores em serviços que até então eram exclusivos do Estado (Bilhim, 2013c, p.68-70). Com esta interação pretendia-se otimizar a aquisição de bens e serviços, de modo a obter ganhos de eficiência para o setor público.

O uso de redes permite uma combinação de recursos do setor público e do setor privado, que se podem relacionar de diversas formas, sendo a mais frequente a criação de parcerias, mais ou menos formais, entre ambos os setores (Peters & Pierre, 1998). Entre estas formas de relação, destaca-se o estabelecimento de parcerias público-privadas (Bilhim, 2013b, p.68-70; Firmino, 2014). Deste modo, espera-se que as organizações do setor público identifiquem e trabalhem com as instituições mais adequadas para alcançar os resultados políticos desejados, independentemente do facto de esses "parceiros" serem organizações privadas, com ou sem fins lucrativos.

4. TEORIA INSTITUCIONAL

Na literatura é referido como um dos riscos associado à perspectiva da NPM, a possibilidade do Estado perder o controlo dos processos e da orientação da gestão dos serviços do setor público, como consequência da redução do seu papel (Dunleavy & Hood, 1994).

Deste modo, a perspectiva da NPM, pelos fatores acima assinalados, pode contribuir para um esvaziamento/ fragilização dos organismos da administração pública e consequentemente do Estado. Assim, foi introduzido no setor público o termo Estado Oco (em inglês, *Hollow State*). Dos primeiros autores a usar esta expressão foram Milward, Provan, e Else (1993, p.316), como um termo metafórico para a agencificação do aparelho administrativo em organismos públicos descentralizados, ou em organismos privados.

De um modo geral, o Estado Oco pode referir-se a uma situação de produção conjunta em que um organismo público depende de outros para fornecer serviços públicos, sejam estes empresas do setor privado, sem fins lucrativos ou outros organismos estatais. Esta situação, levada ao extremo, refere-se a um governo optou politicamente por entregar toda a sua capacidade de produção a terceiros, mantendo apenas um papel de regulador, na negociação, avaliação e monitorização dos contratos (Milward & Provan, 2000).

Considerou-se que a perspectiva da NPM contribuiu para a queda de instituições administrativas que detinham fortes raízes e estruturas vigorosas com o modelo weberiano (Terry, 2005) e que em pouco tempo se viram perante um "Estado fragmentado, desregulado, cujas atribuições e competências foram externalizadas. Tradicionalmente quase se identificava a natureza pública das instituições com o serviço que prestavam" (Bilhim, 2013a, p.55).

Neste contexto de Estado fragmentado, a teoria institucional assume uma particular relevância. Com a externalização de contratos e regimes de subcontratação, as características das relações interinstitucionais, tornam-se tão importantes como as características burocráticas de cada uma das instituições (Frederickson et al., 2012, p.70).

As parcerias público-privadas, analisadas no presente estudo, são uma forma de arranjo institucional para uma produção conjunta, na qual existe uma partilha de riscos (Hodge & Greve, 2007).

Nas diversas disciplinas das ciências sociais, a importância das instituições é consensual entre a maioria dos seus pesquisadores (Standen & Bruce, 2015).

De acordo com Bilhim (2013a, p.49), "uma instituição é uma estrutura formal circunscrita de regras, normas, e identidades". Dentro das instituições, os indivíduos são fiéis a um conjunto de práticas, crenças e normas, que estão de acordo com a política da instituição (March & Olsen, 1989, p.161).

Na definição de Thoenig (2003, p.128), as instituições estão num estado de permanente equilíbrio, a não ser que ocorram crises ou períodos conturbados, que conduzam à introdução de rápidas adaptações a essas alterações. Deste modo, o autor considera que as instituições, por si só, não produzem mudanças de origem interna.

O objetivo primordial da teoria de Williamson, que consiste na explicação da natureza das instituições e na existência de instituições económicas consideradas como determinantes, representa uma inovação de importância fundamental e que contrasta com a tendência anterior, a qual considera as instituições como elementos rígidos ou sujeitos a restrições (Hodgson, 1989).

De um modo geral, as instituições explicam as escolhas de governação ao colocarem restrições nas ações dos indivíduos que pertencem a essas mesmas instituições. Essas restrições podem ser normativas ou de natureza estrutural. As instituições também proporcionam oportunidades para tomar decisões de governação e envolvem vários tipos de intervenientes na tomada dessas decisões. Tais decisões têm em conta a interação dos valores e dos interesses dos tomadores de decisão, as restrições estruturais e normativas impostas pela instituição e as características da própria situação de decisão (Peters, 2010, p.87).

Segundo North (1991), as instituições estruturam um conjunto de interações e restrições, que vão desde questões sociais e políticas, até às económicas. O autor considera que existem restrições que classifica como formais (leis, direitos de propriedade e a própria constituição) e informais (tradições, normas e condutas). Estas regras são humanamente concebidas, pois resultam da interação social entre as pessoas (Caballero & Soto-Onãte, 2015).

Assim, nas instituições existem regras e práticas de comportamento adequado, próprios de cada interveniente, de acordo com situações específicas. Estas capacitam e restringem os indivíduos de diferentes formas, tornando-os mais ou menos capazes de agir de acordo com as normas adequadas a cada situação (March & Olsen, 2006, p.3). Contudo, segundo Hodgson, (1989), Oliver Williamson considera que as preferências individuais de cada pessoa não são alteradas pelo ambiente económico, nem pelas instituições nas quais os indivíduos estão localizados.

As instituições funcionam como as regras de um jogo no qual os jogadores são as organizações. Ou seja, são as restrições definidas para elaborar a interação política, económica e social, fornecendo um suporte de incentivos à economia (Cabellero & Soto-Onãte, 2016) e estruturam a interação humana (North, 1995, p. 23). As organizações são os atores, sendo constituídas por um conjunto de indivíduos que partilham objetivos comuns para alcançar determinados objetivos (North, 1995, p.23; North, 2008, p.22).

Para ser possível compreender a forma como as instituições têm a capacidade de orientar a sociedade, é também necessário entender o modo como estas interagem umas com as outras, de maneira a criar um sistema de governação que seja operacional. Apesar da grande parte da análise das instituições se restringir a organizações individuais, a análise da sua interação poderá ser importante nas questões de governação. Como tal, as instituições não representam apenas estruturas vazias com regras e estruturas formais, mas possuem também valores e ideias sobre governação (Peters, 2010, p.88).

A teoria institucional, aplicada ao setor público, aborda questões importantes acerca de objetivos, resultados, eficiência e eficácia, o que promove a melhor compreensão sobre o comportamento das organizações e a forma como estas atingem os seus resultados, designadamente na relação entre os setores público e privado (Bilhim, 2013a, p.49).

A forma como são pensadas as ligações entre a economia e a política, nas instituições, é uma consequência de um paradigma que tem como reforço uma relação entre as instituições democráticas e económicas, influenciada pela NPM, que traz para as instituições públicas um modelo de instituições empresariais (como é o caso dos hospitais E.P.E.) (Moran, 2006, p.157).

Assim, esta teoria, através dos adjetivos de velho ou de novo institucionalismo, tem sido analisada em várias áreas, entre as quais estão a política, a economia e a sociologia. Neste estudo, pretende-se analisar esta teoria sob o ponto de vista económico.

4.1. Institucionalismo económico

O que foi considerado como “velho institucionalismo económico” surgiu no final do século XIX, tendo-se desenvolvido no período de guerra do século XX. Para além de ser o pensamento dominante na academia, naquela época foi também preponderante na formulação de políticas económicas (Caballero & Soto-Oñate, 2015).

A base intelectual para o surgimento do institucionalismo económico, nas primeiras décadas do século XX, teve como contributo o trabalho de autores do denominado "velho institucionalismo económico", como Commons, Veblen, Mitchell e Ayres. No entanto, apesar das suas ideias criativas, das descrições claras e da análise quantitativa, estes autores não desenvolveram uma teoria, que é o suporte para a formação e desenvolvimento de uma disciplina (North, 1992).

Esta abordagem não considerou a limitação do comportamento humano, assumindo uma abordagem mais ampla da natureza psicológica do indivíduo, bem como uma metodologia holística da economia. Assim, a economia é analisada como um sistema aberto e dinâmico, onde o foco é colocado, não na noção de equilíbrio, mas na de processo (Caballero & Soto-Oñate, 2015).

Os trabalhos de Veblen e Commons incidiram sobre os mecanismos através dos quais ocorrem a ação social e económica. Estas perspetivas não subsistiram porque colocavam

questões erradas, mas porque as suas respostas eram largamente descritivas e especificamente históricas, ou então demasiado abstratas, sem profunda explicação (Powell & DiMaggio, 1991, p.2).

A característica fundamental que emerge do velho institucionalismo é a preocupação com as leis e o papel determinante das mesmas no governo (Peters, 2012, p.7). Para além disso, os seus defensores não são favoráveis à estreita visão da economia como a ciência da escolha, nem à versão do homem económico como maximizador dos seus interesses, que prevaleceu na segunda metade do século XX (Hodgson, 2004, p.4).

Apesar das raízes da ciência política se centrarem no estudo das instituições, durante grande parte do período que sucedeu a Segunda Guerra Mundial, estas foram substituídas por abordagens teóricas baseadas em questões individualistas, o behaviorismo e a escolha racional (Peters, 2012, p.1).

A abordagem económica, defendida por Adam Smith, refere que muitas das ações dos indivíduos, na obtenção do interesse comum, se baseiam no objetivo de promover o seu próprio bem. Este princípio reflete uma autorregulação da economia baseada nas leis da oferta e da procura, não considerando a intervenção do Estado nos resultados económicos. Smith ilustra esta realidade com a existência de uma "mão invisível" que guia os mercados (Coase, 1998).

Assim, de acordo com este autor, existe um elemento “invisível” que, conduz, de um modo geral, à melhoria do bem-estar social, mesmo que as motivações de cada indivíduo sejam apenas as de melhorar o seu próprio bem-estar. Esta ideia tem como base a suposição da existência de uma concorrência perfeita na relação do indivíduo com o mercado (Nunes, 2014, p.163). Neste entendimento, uma economia eficiente é aquela em que o conjunto dos interesses pessoais promove o bem comum da sociedade (Alves & Moreira, 2004). De acordo com esta perspetiva do institucionalismo económico, a regulação dos mercados atenta nos princípios da livre concorrência.

Contudo, com a afirmação da existência de falhas nos mercados, foi posta de parte a ideia do seu equilíbrio perfeito, colocando-se assim em causa os princípios do velho paradigma do institucionalismo económico.

4.2. Teoria da escolha racional

De acordo com Bilhim (2013a, p.53) "a escolha racional é a aplicação da teoria económica neoclássica ao setor público". Esta teoria tem fortes influências da teoria económica baseada na lógica de mercado, compartilhando por isso as suas técnicas, dado que esta lhe fornece a sua herança intelectual (Dowding, 2010, p.36).

Na base dos fundamentos da escolha racional está a teoria clássica da decisão de Simon, que considera que uma teoria de administração deve ter em conta o processo de decisão e de ação, encarando o processo de decisão como sendo a atividade central da administração. Assim, esta tem como objetivo primordial a escolha pela decisão mais racional e eficiente, quer para os indivíduos ou para as organizações (Augier & March, 2001; Simon, 1997).

A noção de racionalidade limitada de Simon dos anos 50 teve como base o pressuposto de que a racionalidade dos indivíduos é limitada em contextos organizacionais, pelo facto da informação à qual têm acesso ser limitada, bem como a sua capacidade cognitiva de a processar. Para além disso, também o tempo disponível para a tomada de decisão é finito e limitado (Espinosa, 2015).

Sendo o paradigma presente na maior parte do século XX, a teoria da escolha racional considera o indivíduo como a unidade básica de análise e parte do pressuposto que este é um ator racional e, como tal, um potenciador de eficiência (Espinosa, 2015).

Deste modo, a escolha racional pressupõe que os indivíduos são atores políticos racionais, que agem de forma a maximizar os seus interesses individuais, sendo que para tal, usarão as instituições como forma de atingir esses objetivos pessoais. A sua abordagem tem por base a suposição de que é possível explicar os resultados dos processos políticos, quando se

compreende o comportamento dos indivíduos neste sistema de procura dos seus próprios interesses (Peters, 2010, p.87).

Os institucionalistas defensores da escolha racional consideram que as instituições existem como uma forma de superar as falhas do mercado, reconhecidas pelos críticos do "velho institucionalismo económico", sendo que para tal oferecem um conjunto de regras e procedimentos, que permitem a resolução de alguns problemas de ordem organizacional (Hall & Taylor, 1996). Como tal, argumentam que as instituições são estruturadas de forma a conseguir dar resposta a uma série de problemas que não poderiam ser resolvidos apenas pelos indivíduos na sua ação individual (Dowding, 2010, p.80).

A teoria da escolha racional concebe a elaboração de políticas como sendo o resultado do comportamento dos intervenientes que formam as estruturas e instituições (Hendriks, 1999, p.67). No entanto, esta não produz recomendações específicas sobre as estruturas de governo, nem apresenta uma teoria de governação, ou de novas formas de prestação de serviços, constituindo-se como uma perspetiva organizadora e uma forma de analisar a política (Dowding, 2010, p.37).

A referida teoria pretende fazer uma ligação entre a microeconomia, a administração pública e a ciência política, considerando que as decisões dos cidadãos, agentes políticos, funcionários e administradores têm em comum a escolha com base no interesse individual, tal como sucede com os consumidores e os agentes económicos (Bilhim, 2013a, p.53; Frederickson et al., 2012, p.193). Deste modo, considera como universal a base do paradigma do comportamento económico neoclássico, de que todas as decisões são tidas com base em interesses próprios (Frederickson et al., 2012, p.194).

A nova teoria institucional económica do Estado considera que as instituições podem adotar a racionalidade como o meio para determinar as suas regras (Lane, 2000, p.227).

Assim, dentro das teorias da racionalidade da decisão, os estudos políticos adotam duas correntes económicas que irão ser abordadas no presente estudo: o novo institucionalismo económico e a teoria da escolha pública.

4.2.1. Novo institucionalismo económico

O novo institucionalismo emprega muitos pressupostos do antigo pensamento institucionalista, mas enriquece-o com a teoria que sustentou o behaviorismo e a escolha racional (Peters, 2012, p.1). Assim, ao tentar incorporar os conceitos de escolha pública / racional na tomada de decisão económica, tenta sugerir algo sobre a relação entre o indivíduo e o coletivo em termos racionais (Harris, Hunter, & Lewis, 1995, p.2).

Esta teoria promove uma visão de ordem democrática, segundo a qual os cidadãos são agentes livres, iguais e disciplinados e onde a governação é orientada, mas também restringida, pelas regras (Thoenig, 2003, p.134).

No período anterior ao auge das ciências políticas modernas, as instituições tinham uma maior relevância e é a esse período que os novos institucionalistas tentam voltar a estabelecer uma ligação. De certa forma, o novo institucionalismo surge como uma tentativa de elaborar novas e mais avançadas respostas, para questões antigas (Hendriks, 1999, p.1).

Assim, as instituições voltaram a ser o foco principal de pesquisa nas ciências sociais. Isto originou o aparecimento de diversas novas abordagens institucionais, levando a uma grande dedicação à pesquisa sobre a natureza e o papel das instituições e os processos de mudança institucional. O principal centro desta pesquisa foi o novo institucionalismo económico (Caballero & Soto-Oñate, 2015).

De acordo com o novo institucionalismo, as instituições representam uma força autónoma na política, sendo a sua importância percebida na ação e nos resultados. Ao nível metodológico, as instituições são consideradas como o ponto de partida para a análise política, ou seja, são tidas como variáveis independentes e elementos chave do processo (Lecours, 2005, p.8). No entanto, apesar de defender a primazia analítica das instituições, permanecem divergências sobre a forma como a análise institucional deve ser realizada (Lecours, 2005, p.3).

Ao contrário da economia neoclássica, que tem por hipótese uma teoria sem instituições, o novo institucionalismo económico tenta incorporar na economia, uma teoria com base nas

mesmas (North, 1995, p.17; Lane & Ersson, 2000, p.35). Esta teoria teve a sua origem nos críticos que consideravam a importância das instituições e o facto de estas serem suscetíveis de análise (Williamson, 2000).

Segundo os defensores do novo institucionalismo, as instituições integram a situação social que predomina no período em que estas são criadas. Por sua vez, a partir do momento em que são criadas, estas tornam-se autónomas em relação à sociedade, seguindo o seu desenvolvimento um padrão independente. Deste processo resulta o facto das instituições não se adaptarem completamente e de forma imediata a tudo o que ocorre na sociedade, e, deste modo, resistirem à mudança (Lecours, 2005, p.11).

Segundo esta teoria, as instituições são consideradas como restrições dentro das quais os intervenientes podem potenciar os seus próprios interesses, ou funcionar como elementos importantes para economizar custos de transação. Estes modelos dão ênfase à importância das regras na interação social, que modelam a forma como os indivíduos fazem escolhas racionais sobre quais instituições que desejam, a fim de maximizar a produção económica (Lane & Ersson, 2000, p.35).

A maioria das referências sobre o novo institucionalismo apresentam duas características importantes. Em primeiro lugar, uma conceção generalizada de que as instituições devem ser explicadas em termos das interações dos indivíduos, que por sua vez têm determinadas intenções ou preferências. Como tal, pretende-se compreender as instituições a partir de um determinado conjunto de indivíduos. Em segundo lugar, subsiste um destaque para a sobrevivência de determinadas formas institucionais específicas, pela convicção de que estas podem reduzir os custos de transação relativamente às suas alternativas (Hodgson, 2004, p.5-6).

Enquanto no novo institucionalismo a ênfase é colocada nos aspetos cognitivos e habituais das instituições, no velho institucionalismo o foco volta-se mais para o aspeto normativo, ou seja, para os valores e as normas que definem a missão da instituição. Estas normas e valores moldam os membros que a integram, através de um processo de socialização. Por sua vez, os processos que decorrem desta socialização sustentam a estrutura institucional da organização (Hendriks, 1999, p.85).

Os defensores do velho institucionalismo económico consideram que a nova teoria atribui demasiada importância aos indivíduos relativamente à criação, manutenção e mudança nas instituições, minimizando a importância dada ao papel da cultura e do poder. Ou seja, defendem que apesar dos indivíduos alterarem diretamente a forma e os objetivos das instituições, estas também moldam os seus processos mentais, através do reforço dos hábitos (Standen & Bruce, 2015).

Para além disso, os seus argumentos são os de que a teoria apresentada é demasiado abstrata e formal, e que por vezes adota uma versão extrema e reducionista do individualismo. Como tal, o indivíduo é visto como um ser excessivamente racional e autónomo, que é restringido, mas não influenciado, pelo seu contexto institucional e social, prevalecendo uma atitude complacente em relação às características de eficiência dos mercados e das instituições (Rutherford, 1996, p.4). Assim, argumentam que a teoria é algo confusa ao nível teórico e conceitual e carece de poder explicativo, ou referem que a sua perspetiva não representa nada de novo na disciplina (Lecours, 2005, p.3).

O novo institucionalismo económico foi teoricamente influenciado pela nova economia institucional de Douglas North¹⁵ e Oliver Williamson¹⁶, sendo estes dois dos principais representantes do novo institucionalismo económico.

Ronald Coase¹⁷ teve também um papel determinante no novo institucionalismo económico, sendo comum atribuir a este autor a origem da presente teoria com a publicação do seu artigo "The Nature of the Firm", em 1937 (Coase, 1937), no qual introduziu os custos de transação como parte da análise económica (Coase, 1998). Este autor estabeleceu uma ligação determinante entre as instituições, na medida em que, de acordo com a sua perspetiva, as organizações existiam para reduzir os custos dos fatores de produção, não querendo com isso dizer que estes seriam eliminados (Coase, 1937; North, 1992).

¹⁵ Prémio Nobel da Economia, em 1993, pelo seu trabalho sobre o novo institucionalismo, aplicando a teoria económica e os métodos quantitativos, com o intuito de explicar a mudança económica e institucional.

¹⁶ Prémio Nobel da Economia, em 2009, pela sua análise da governação económica.

¹⁷ Prémio Nobel da Economia, em 1991, pelo seu trabalho sobre a importância dos custos de transação e dos direitos de propriedade para a estrutura institucional e para o funcionamento da economia.

Contudo, foi Oliver Williamson que referiu primeiramente a expressão de "novo institucionalismo económico", com o objetivo de distinguir esta vertente do "velho institucionalismo económico". De acordo com este autor, apesar de ambas as perspetivas terem como princípio a importância das organizações, o que diferencia o novo institucionalismo é o facto de este considerar que as instituições podem ser objeto de análise¹⁸ (Williamson, 1998).

No conceito neoclássico, sem custos de transação, o surgimento das instituições é visto apenas como uma questão de eficiência económica, ou seja, os novos arranjos institucionais surgem quando são mais eficientes do que os existentes (Caballero & Soto-Oñate, 2015). O conjunto de conceitos e métodos analíticos, característicos do novo institucionalismo económico, clarificam a estrutura, a função e as fragilidades das combinações realizadas entre instituições dos diferentes setores (Donahue & Zeckhauser, 2006, p.499).

O novo institucionalismo económico vem assim trazer um suporte teórico, contrastando com as diversas tentativas que lhe precederam com o intuito de substituir a teoria neoclássica, modificando-a no sentido de a tornar mais ampla, de modo a conseguir lidar com todo um conjunto de problemas operacionais, que até então não estavam ao seu alcance (North, 1992).

Peters (2012, p.11) refere que as críticas feitas ao velho institucionalismo são injustas para com os propósitos e as contribuições dos seus investigadores, que desenvolveram um corpo rico e importante de estudos. São muitos dos fatores apontados pelos seus autores que agora motivam a análise institucionalista contemporânea, mesmo que não de uma forma explicitamente teórica. Assim, para entender o novo institucionalismo, precisamos entender também o velho institucionalismo, assim como as escolas de pensamento que surgiram entre os tempos em que os dois cresceram.

No entanto, o facto de ser possível distinguir o novo do velho institucionalismo, não significa que as suas perspetivas estejam sempre em lados opostos de uma série de dicotomias (Rutherford, 1996, p.5).

¹⁸ No entanto, a história do estudo comparativo entre instituições económicas revela que o foco nas instituições não teve início apenas com o "novo" ou "velho" institucionalismo, sendo este tão antigo como a economia política do mercado e central para as tradições clássicas da economia política, desde Smith a Schumpeter (Moran, 2006, p.151).

Contudo, o novo institucionalismo económico não surgiu como uma teoria abrangente, mas como uma explicação para questões específicas, cujo valor cumulativo acrescentado se tornou evidente, terminando assim com o ceticismo inicial dos economistas (Williamson, 2000).

Harris, Hunter e Lewis (1995, p.1), consideram que a sua importância se deve sobretudo a três razões distintas. A primeira delas diz respeito ao facto de emergir do contexto da teoria neoclássica e dar resposta a questões que esta deixou por responder, impulsionando assim o desenvolvimento da economia moderna. A segunda razão, apontada pelos autores, refere o facto de esta ter posto em causa o papel fundamental que era atribuído aos mercados na década de 90, dando razão a quem considerava a importância do fracasso dos mercados. No entanto, o novo institucionalismo económico não só vem reavivar o conflito entre o Estado e o mercado, como mostra que nenhum destes é invariavelmente a melhor forma de organizar a provisão de bens e serviços. Por último, o facto de oferecer uma teoria de mudança social e económica, num período em que as ciências sociais estavam em algum retrocesso. Como tal, representa um corpo da teoria económica que atribui um papel importante às ideias e ideologias, sendo também acessível a outras ciências sociais, o que parece vir dar início a uma investigação interdisciplinar.

Para os defensores desta vertente teórica, a unidade base de investigação das instituições são os custos de transação (Coase, 1937;1998). Coase (1998) concluiu que existiam diversos encargos que poderiam ser reduzidos na distribuição e obtenção de recursos. Assim, a teoria dos custos de transação subscreve a visão de Common, de que estes são a unidade básica de análise das instituições (Williamson, 1991). Os principais conhecimentos sobre o desenvolvimento de instituições foram obtidos com base na suposição da racionalidade dos indivíduos e tendo em conta os custos de transação (Hodgson, 2004, p.6).

O quando teórico do novo institucionalismo económico combina a noção de custos de transação de Coase com a noção de instituições de North, defendendo que são as instituições que determinam os custos de transação no desempenho económico (Caballero & Soto-Oñate, 2015, 2016). Assim, juntamente com a tecnologia usada, as instituições definem os custos de transação e produção, funcionando como um modo de reduzir a incerteza nas mudanças causadas pelo homem (North, 1995, p.18).

Os custos de transação advêm das negociações que têm que ser concretizadas, da elaboração dos contratos, das inspeções realizadas e das providências necessárias para resolver determinadas questões (Coase, 1994; 2008, p.34; Harris, Hunter & Lewis, 1995, p.3). A dimensão dos problemas colocados pelos custos de transação, e até que ponto estes podem ou não ser resolvidos, poderá variar de acordo com o contexto específico do país ou do órgão internacional envolvido no processo de transação (Dixit, 1998, p.47). Assim, na discussão do processo de negociação é fundamental a especificação do ambiente institucional dentro do qual a negociação ocorre, uma vez que este afeta os incentivos para a produção e os custos de transação (Coase, 1994).

Coase (1960) refere o facto de o governo ter poderes que lhe permitem conseguir que determinadas coisas sejam produzidas a um menor custo do que uma organização privada. No entanto, a estrutura administrativa do Estado tem também custos e estes podem ser bastante elevados. Para além disso, as regulamentações feitas por uma administração sob pressões políticas e sem estar sujeita à competitividade, não aumentam necessariamente a eficiência dentro do sistema económico.

No estabelecimento e execução de contratos fica a cargo dos parceiros contratuais a escolha do sistema de governação que minimizará os custos envolvidos no processo. Esta é uma questão fundamental para o desempenho de instituições políticas, dado que a organização política e administrativa do setor público tem por objetivo a manipulação de problemas sociais que tenham associados elevados custos de transação (Lane & Ersson, 2000, p.51).

De acordo com Holcombe (2016, p.3-4), existem duas grandes diferenças entre a alocação de recursos recorrendo aos mercados ou através do governo. Primeiro, porque recorrendo aos mercados os indivíduos podem escolher de que forma pretendem gastar o dinheiro na aquisição de recursos, enquanto que, recorrendo ao governo, a opção é tomada para todos os indivíduos. Segundo, porque as transações que ocorrem no mercado são voluntárias e só acontecem se o comprador e o vendedor concordarem. No que diz respeito ao governo, os impostos e as regras são obrigatórias para os cidadãos independentemente da sua vontade, não tendo as pessoas uma escolha individual no processo.

Como tal, aquando da decisão sobre a forma de se estabelecer um negócio e sobre o que se produzir, devem ser tidos em conta os custos de transação associados a esse processo. Os custos de transação não afetam apenas os arranjos contratuais, mas também o tipo de bens e serviços que são produzidos. Se os custos que estão implicados forem maiores que os ganhos, essa negociação não deverá ocorrer. Deste modo, uma grande parte do que pensamos como sendo atividade económica, reside na identificação dos elevados custos de transação que poderiam ser prevenidos, ou na forma de os reduzir para que os indivíduos possam negociar livremente (Coase, 1994).

Como o objetivo estudo proposto se prende com a comparação entre o regime jurídico do setor empresarial do Estado e o de parceria público-privada, torna-se relevante fazer referência à teoria dos custos de transação, que aborda a escolha entre o mecanismo de integração vertical (internalização) ou de mercado (externalização).

Quando os custos de transação são demasiado elevados, as organizações hierarquicamente estruturadas são uma forma de minimizar os custos de transação, permitindo trocas que não poderiam ocorrer de outra forma (Caballero & Soto-Oñate, 2016). Assim, as instituições são uma forma de organizar a produção (Coase, 1960). O facto de ser possível controlar de perto os comportamentos dos indivíduos dentro de uma organização, permite a criação de sistemas de incentivo para promover interações dentro da organização, atenuando-se, deste modo, a possibilidade dos seus elementos se comportarem de forma oportunista. Esta é uma das vantagens relativamente à opção pela organização vertical interna, ao invés do recurso ao mercado. Para além disso, as contestações podem ser mais facilmente resolvidas dentro de uma organização do que nos mercados (Lane & Ersson, 2000, p.51). Williamson considera que a existência de organizações para a substituição dos mecanismos de mercado, se deve aos consideráveis custos de transação que estão envolvidos numa negociação no mercado (Hodgson, 1989).

As instituições devem ser desenvolvidas de forma a poderem melhorar problemas como o oportunismo, seja através de mecanismos de execução externa, ou de mecanismos internos promotores de credibilidade, dado que os intervenientes têm divergências de interesses entre si e alguma liberdade de ação. O sucesso ou o fracasso de investimentos económicos e de transações pode mesmo depender da capacidade que os participantes têm na conceção de tais

mecanismos de execução. Também ao nível das interações políticas é possível aplicar este mesmo princípio, pois existe um claro benefício em economizar os custos de transação. Assim, as instituições devem empenhar-se para conseguir esse propósito (Dixit, 1998, p.61).

As organizações são entendidas como soluções adequadas à resolução de problemas relacionados com custos de transação na alocação de recursos, o que implica uma escolha entre fatores de produção baseada na internalização da produção ou no recurso aos mercados (North, 1991; Williamson, 2010).

De acordo com Coase (1994), para se conseguir um sistema económico eficiente é necessário, não apenas a existência de mercados, mas também áreas de planeamento com uma dimensão apropriada, no interior das organizações.

Segundo Williamson (1991), os custos de transação mudam conforme as características e o ambiente das estruturas de governação. Ou seja, o seu valor depende das particularidades de cada transação específica, bem como do ambiente institucional onde esta é executada (Caballero & Soto-Oñate, 2016). Para os economistas faz pouco sentido analisar o processo de transação sem ter em conta o ambiente institucional em que ocorre a negociação (Coase, 2008, p.38). Como tal, um dos objetivos da presente teoria tem como base a comparação entre a eficácia de como os diversos modelos economizam os seus custos de transação (Williamson, 1991).

As transações diferem de acordo com algumas dimensões, tais como a frequência com que estas se repetem, a incerteza a que as mesmas transações são sujeitas e o grau de incerteza a que estão sujeitos os ativos envolvidos no processo (Williamson, 1991).

Baseada na análise destes custos encontra-se a escolha entre a internalização da produção de um bem e/ou serviço ou a contratação externa, optando-se por aquela que for menos dispendiosa (Williamson, 2005, 2010). Assim, de acordo com este princípio, recorre-se aos mercados em função do mecanismo do preço dos custos de transação (custos mais reduzidos) e não pela tecnologia. Deste modo:

-
- É promovida a produção interna de um determinado bem ou serviço quando esta é economicamente mais favorável, sendo considerada uma solução de último recurso e usada apenas quando as outras alternativas falham.
 - Recorre-se aos mercados sempre que a internalização tenha um custo superior (Williamson, 1991).

Ao aprofundar os processos, os procedimentos, as negociações, a regulação jurídica, o controlo, a disputa e os atos de contratualização que envolvem a troca de bens e/ou serviços nos mercados, Coase concluiu que estes processos implicavam elevados custos. Esta conclusão levou-o a ponderar um mecanismo alternativo, fundamentado pela decisão administrativa no cerce das organizações: a integração vertical. Deste modo, cabe à administração das organizações analisar o contexto económico e decidir se a sua escolha incide nos mecanismos de mercado, ou na internalização da produção (entendida como a reprodução interna no seio da organização) dos mesmos produtos ou serviços (Williamson, 1971; 1991). Se os custos de transação envolvidos são pequenos, externalizar não representa um problema, mas quando estes são grandes, o mercado é menos confiável (Kleiman & Teles, 2006, p.629). No entanto, deve optar-se preferencialmente pela externalização quando o mercado consegue produzir com maior qualidade e a um mais baixo custo e sem externalidades desfavoráveis (Rosenau, 1999).

4.2.1.1. Custos de transação nas parcerias público-privadas

O facto do processo de transação referente às parcerias público-privadas ser longo aumenta os custos económicos, não só para o setor público, mas também para o privado. Algumas das principais origens dos custos dizem respeito ao tipo do objeto a contrato, ao longo termo da PPP, ao tipo de propriedade e financiamento e à forma como é definida a partilha de riscos (Azevedo, 2008).

Como tal, quer a formulação do processo, como a sua monitorização, conduzem a custos de transação relativamente dispendiosos (Pereira, 2014). No entanto, os custos de transação associados às parcerias público-privadas não têm sido objeto de grande análise (Dudkin e Vällilä, 2006).

De acordo com Dixit (1998, p.45-46), os fatores mais relevantes para este facto, são referentes aos seguintes aspetos:

- A falta de informação sobre a realidade limita a capacidade de decisão dos indivíduos, conferindo ao processo de decisão uma vertente emocional (Simon, 1997, p.94);
- A diferença entre a informação e o conhecimento que dispõe cada um dos intervenientes pode resultar em benefícios desiguais a cada uma das partes;
- Quando uma das partes investe em ativos irreversíveis, podendo ocorrer uma pressão para renegociação do contrato a fim do parceiro se apropriar de uma maioria dos lucros, sob consequência do *términus* da parceira ser antecipado.

Segundo Dudkin e Vällilä (2006) os custos de transação dizem respeito à criação e manutenção da parceria, particularmente com as questões de: assessoria jurídica, técnica e financeira; organização do processo de licitação; negociação entre o setor público e a entidade privada; acompanhamento do cumprimento do contrato por parte do setor privado e renegociação do contrato enquanto este decorre.

A morosidade dos processos das parcerias acarreta custos de transação, tanto para o setor público como para o privado, e pode afetar os ganhos de eficiência. Esta questão pode levar a que o Estado prefira ficar com a realização do serviço, ainda que de forma mais ineficiente (Azevedo, 2008).

Williamson e Winter (1993, p.223) abordam a questão das transações numa organização ocorrerem de forma diferente do que acontece no mercado, como havia sido referido por Coase (1998). Assim, estes autores consideram que existe uma diferença entre este tipo de transações, dado o facto das empresas serem mais do que grupos particulares de contratos, pois representam um conjunto valioso de recursos que desenvolvem os seus próprios mecanismos de informação e controlo.

Os custos de transação numa empresa são afetados por diversos fatores, inclusive pela relação comercial com as outras empresas. Além de ser uma estrutura de relações complexas, está sujeita à influência das leis, das questões socioculturais e dos avanços tecnológicos (reduzem os custos de informação, que são uma parte fundamental dos custos de transação). Todo este complexo conjunto de relações implica um longo e profundo trabalho de análise e descoberta,

sendo que, quando isso acontece todas as questões económicas se transformam no denominado “novo institucionalismo económico” (Coase, 1998).

De acordo com North, o desenvolvimento da teoria do institucionalismo económico revela um particular interesse, não apenas no estudo das organizações por si só, mas também nas consequências da sua influência nas escolhas de cada indivíduo (North, 1992; 2014, p.50). Assim, com base na teoria da escolha racional, surge com uma crescente popularidade a teoria da escolha pública (Lane, 2000, p.87, 234).

4.2.2. Teoria da escolha pública

Alguns níveis de análise do novo institucionalismo económico reconhecem que os indivíduos podem exercer os seus interesses de forma mais eficaz, tentando alterar as restrições colocadas pelas instituições, ao invés de adaptar o seu comportamento às mesmas (Lane, 2000, p.229).

O conceito do *homo economicus*, definido como um agente racional e maximizador de utilidade, é um dos princípios fundamentais da teoria da escolha pública (Zafirovski, 2001). O seu princípio fundamental, quer comportamental, quer económico, é o de que o homem é um maximizador racional e egoísta dos seus próprios interesses (Mueller, 2003, p.1). Assim, esta teoria é um dos ramos da escolha racional, associada a questões normativas na organização do Estado. Essas questões prendem-se sobretudo com a suposição de que os indivíduos são moldados de forma a potenciarem os seus próprios interesses (Dowding, 2010, p.37).

Após a Segunda Guerra Mundial, a Teoria da Escolha Pública surgiu como uma disciplina própria, através da publicação de artigos dos economistas Duncan Black, James Buchanan e Kenneth Arrow. Para além dos vários artigos e livros escritos, principalmente por economistas, também alguns matemáticos fizeram publicações neste domínio (Mueller, 1997, p.3).

James Buchanan e Gordon Tullock fundaram um centro dedicado ao estudo da Escolha Pública, no final da década de 60. Foi nesse centro que deram início a reuniões, que passaram

de ocasionais, às reuniões anuais da *Public Choice Society*, bem como à publicação da revista *Public Choice*, que esteve sempre ligada ao referido centro de estudos. Deste modo, cresceu uma nova área de estudos sobre instituições democráticas, no início da década de 70, que recebeu o nome de Escolha Pública. Este pequeno grupo de investigadores, que teve um rápido crescimento, localizou-se principalmente nos Estados Unidos (Mueller, 2015).

Assim, a Teoria da Escolha Pública desenvolveu-se entre as décadas de 60 e 70, a par com as preocupações que existiam sobre o crescimento do Estado e as análises que eram feitas acerca da sua ingovernabilidade e ineficiência, bem como sobre o aumento do défice orçamental (Dowding, 2010, p.38).

Conhecida por muitos dos seus projetos inovadores, deu origem a centenas de estudos empíricos que avaliaram até que ponto os seus fundamentos poderiam explicar uma série de políticas públicas em diversos governos nacionais e regionais (Congleton, 2018).

Artigos como *Economic Theory of Democracy* de Anthony Down em 1957, *Calculus of Consent* de James Buchanan e Gordon Tullock, em 1962, e a *Logic of Collective Action* de Mancur Olson, em 1965, trouxeram a evidência da importância da abordagem económica do estudo da política para a compreensão do funcionamento das instituições políticas (Mueller, 1997, p.3).

Buchanan (1984, p.11-12) refere que a Escolha Pública apresenta um suporte teórico que considera as falhas do governo, sendo por isso comparável à teoria das falhas de mercado, que emergiu das teorias económicas das décadas de 30 e 40. Quando foi testado relativamente aos critérios de eficiência na alocação e distribuição de recursos, o sistema de mercados mostrou falhas em determinados aspetos.

De acordo com Alves e Moreira (2004, p.27) "a escolha pública pode ser considerada uma perspetiva económica sobre a política e a tomada coletiva de decisões através de processos não sujeitos diretamente à dinâmica do mercado". Como tal, esta teoria pode ser simplesmente definida como a aplicação da economia à ciência política (Mueller, 2003, p.1), sendo que a metodologia económica é frequentemente descrita pela sua base no

individualismo. Ou seja, agente individual é considerado o pilar da estrutura fundamental de toda a análise económica (Mueller, 1997, p.3).

A base metodológica da Teoria da Escolha Pública tem como pressuposto a intenção dos agentes políticos no alcance da promoção dos seus próprios interesses, através das suas atividades políticas. As ações que podem ser levadas a cabo para esse efeito são determinadas por um conjunto de fatores, tais como a tecnologia disponível, o talento, a habilidade e o conhecimento próprios de cada indivíduo, bem como a existência de leis que permitem ou impossibilitam essas mesmas ações (Congleton, 2018).

Buchanan (1984, p.12), ao tentar ser mais concreto na definição da Teoria da Escolha Pública, considera que esta poderá ser mais elucidativa sendo feita referência à teoria económica, devido à sua maior familiaridade. Como tal, refere que esta é um corpo de análise que oferece uma explicação e compreensão do complexo processo de troca, ao qual chamamos economia. A sua análise permite relacionar o comportamento dos intervenientes envolvidos no processo de mercado (compradores, vendedores, investidores e produtores), com os resultados que são alcançados para toda a comunidade.

Os seus defensores argumentam que esta abordagem económica à política permite dotar a ciência política e a sociologia de uma teoria bem estruturada, segundo a qual os atores sociais são optimizadores racionais de todas as suas capacidades comportamentais (Zafirovski, 2001; Mueller, 2004, p.1). Ao recorrer aos métodos da economia para analisar a tomada de decisão política, examina a forma como os diversos intervenientes envolvidos no processo político tomam as suas próprias decisões individuais. Posteriormente, observa a forma como os resultados que advêm dessas decisões, são conjugados na produção de políticas públicas (Holcombe, 2016, p.3).

A Teoria da Escolha Pública aplica assim a metodologia usada na economia, no estudo da política. Desta forma, é uma teoria interdisciplinar e tem sido deste modo desde o seu início (Mueller, 1997, p.1). Recorre essencialmente aos métodos e ferramentas que foram desenvolvidos para níveis mais complexos da teoria económica, aplicando-os ao setor político e à economia pública. Assim, tal como na teoria económica, a sua análise pretende relacionar o comportamento individual de todos os intervenientes (eleitores, candidatos políticos,

membros de partidos políticos, políticos eleitos), nas suas diversas capacidades, com o conjunto de resultados produzidos, oferecendo, deste modo, uma explicação para as complexas interações institucionais que ocorrem dentro do setor político (Buchanan, 1984, p.13).

Na sua abordagem à política, aquilo que a distingue de outras perspetivas é o papel fundamental ocupado pela suposição de que o comportamento dos indivíduos é determinado pela procura racional do seu próprio interesse (Mueller, 1997, p.10).

As principais áreas da escolha pública dependem também da caracterização da natureza humana. Os seus estudos concentram-se, maioritariamente, nos contextos das escolhas que afetam o sentido de voto, as atividades dos grupos de interesse e a seleção de instituições políticas. Dentro dessas formas de escolha, os indivíduos delineiam as tentativas para promoção dos seus interesses próprios, geralmente definidos de forma criteriosa (Congleton, 2018).

A teoria da escolha pública é vista, pelos seguidores do modelo da NPM, "como um conjunto de ferramentas altamente desenvolvidas, que fornecem uma alternativa abrangente à organização do serviço público pelo modelo weberiano" (Frederickson et al., 2012, p.232). Constitui-se, assim, como um instrumento teórico robusto que permite explicar, de forma sustentada, a necessidade e as consequentes vantagens das reformas da administração pública (Alves & Moreira, 2004, p.129). De acordo com Aligica (2015), a escolha pública, em termos da sua aplicabilidade, tem uma maior relação com a administração pública do que com qualquer outra área.

Deste modo, foi uma das teorias que influenciou as estratégias adotadas na reforma da administração, devido à crise económica, tendo por base o pressuposto de que as políticas sociais deveriam ficar a cargo do setor privado, de forma a diminuir o peso do Estado (Rocha, 2007, p.27).

Na Teoria da Escolha Pública, o Estado é normalmente configurado como um conjunto complexo de grupos e atores individuais, nomeadamente políticos, burocratas, eleitores e grupos de interesses. De acordo com esta perspetiva, torna-se mais difícil abordar os

interesses do Estado sem ter em conta os interesses, por vezes conflitantes, das partes que o constituem (Lemieux, 2015).

A análise das decisões dos agentes políticos e a forma como estes agem, torna-se cada vez mais relevante, dado o crescente peso do Estado e do poder governamental. Como tal, a escolha pública dá um forte contributo na análise do comportamento dos vários intervenientes no processo político, permitindo uma melhor compreensão das relações institucionais que decorrem entre o governo e a administração pública (Alves & Moreira, 2004, p.51).

A referida teoria tem como fundamento a suposição de que todos os atores do Estado têm os seus próprios interesses materiais e configuram as instituições públicas de forma a garantir a obtenção dos mesmos. Como tal, este pressuposto leva a que a sua análise assuma que os diferentes grupos se tentam explorar mutuamente e que os atores do Estado tentam explorar a comunidade. Para averiguar estas questões, a escolha pública tende a fazer uma análise dos processos políticos (Dowding, 2010, p.37).

Da sua análise, conclui ser do interesse dos indivíduos o estabelecimento de um contrato social com o Estado, para que este assuma a sua missão de produtor dos bens públicos necessários (Lemieux, 2015).

De acordo com os fundamentos desta teoria, os indivíduos são instrumentos racionais, e como tal, têm a capacidade de decidir mediante os objetivos que eles próprios pretendem atingir. Assim, sendo que os indivíduos têm as suas próprias preferências e motivações, as decisões coletivas não são mais do que o resultado das escolhas individuais e das regras e processos que permitiram que uma escolha individual pudesse tornar-se coletiva (Pereira, 1997).

Contudo, apesar de ser habitual falar acerca de interesses públicos, a realidade é que não existem interesses públicos, mas sim os próprios interesses dos indivíduos que compõem o público. Ou seja, o interesse de um grupo de pessoas consiste no conjunto de interesses individuais de cada um dos elementos que pertencem a esse mesmo grupo (Holcombe, 2016, p.6). Assim, a escolha pública recorre à observação dos interesses individuais de cada um dos elementos envolvidos, para analisar a forma como as políticas do governo são realmente

tomadas, deixando de lado qualquer noção de interesse público nesta análise (Holcombe, 2016, p.7).

Deste modo, esta teoria estabelece uma ordem institucional e constitucional, que tem por base uma ideia realista do homem, como um ser dotado de interesses próprios, defeitos e virtudes. Não sendo os seus próprios interesses o único motivo das suas ações e decisões, estes são considerados como demasiado importantes para serem ignorados. Como tal, a escolha pública argumenta que uma visão das instituições que não tenha em consideração a realidade da natureza humana pode conduzir a uma análise menos realista das instituições (Alves & Moreira, 2004, p.122).

Os críticos da escolha pública alegam frequentemente que o individualismo presente nesta teoria representa um obstáculo intelectual determinante na elaboração de uma análise (Dunleavy, 1991, p.6). O facto de esta transpor para a esfera política a ideia de que os indivíduos se movem com base nos seus interesses individuais, leva a que os seus críticos refiram que a escolha pública assume que os políticos e os burocratas, de um modo geral, se comportam de forma imoral. Contudo, esta teoria não afirma que os interesses individuais são sempre ilegítimos (Alves & Moreira, 2004, p.122).

No entanto, apesar de terem um papel muito importante, não é apenas a racionalidade dos indivíduos e a defesa dos seus próprios interesses, os motivos que influenciam a ação humana e as suas escolhas, não devendo por isso ser os únicos a ter em consideração (Alves & Moreira, 2004, p.122; Brennan & Buchanan, 1988; Mueller 1997, p.15). Quer a realidade observada, quer as evidências experimentais, indicam que os indivíduos nem sempre se comportam da forma extremamente racional e complexa que alguns modelos da escolha pública sugerem (Mueller, 1997, p.10).

Segundo o autor, são também as experiências vivenciadas pelos indivíduos que influenciam muitas das suas decisões. Ou seja, de acordo com a visão do comportamento humano, tendo em conta as recompensas ou punições que tiveram nas suas experiências passadas, determinado estímulo provoca uma determinada reação, condicionando os indivíduos a comportar-se de certas formas, em certas situações. Esta perspetiva do comportamento humano leva a uma interpretação diferente da racionalidade que é normalmente definida nos

modelos económicos e da escolha pública. Como tal, Mueller (1997, p.15) considera que o que entra no objetivo de cada indivíduo não depende apenas do seu objetivo particular, mas também da forma como este foi recompensado ou punido em experiências anteriores.

Para Buchanan (1984, p.13), seria possível formular uma teoria política consistente, metodologicamente individualista, com base na suposição de que todos os indivíduos procuram apenas promover a sua própria concepção de bem comum, no exercício dos seus cargos políticos, sem ter em conta os seus interesses individuais. Contudo, uma teoria com este fundamento ficaria sujeita ao problema da conciliação das diferentes concepções de bem comum, próprias de cada indivíduo e que, como tal, diferem de pessoa para pessoa.

Segundo Youde (2014, p.509), numa parceria público-privada cada um dos seus membros mantém os próprios interesses. Deste modo, apesar de ambos os setores trabalharem em torno do mesmo objetivo, não significa que partilhem uma igual visão em relação a todas as questões. Assim, uma parceria não implica que as decisões passem de unilaterais a decisões tomadas em conjunto entre os parceiros (Teisman & Klijn, 2002).

Como tal, a teoria da escolha pública tem particular importância no presente estudo, pois no estabelecimento de uma PPP existe sempre o risco do contratante estar a tentar alcançar os seus próprios objetivos, em vez dos objetivos do governo (Savas, 2000, p.4).

Um dos aspetos críticos em relação às PPP diz respeito à possibilidade de captura do Estado por interesses do setor, sendo estas por vezes associadas a falta de transparência e corrupção (Barros, 2013, p.270).

5. DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: INFLUÊNCIA NO SETOR DA SAÚDE

As limitações do modelo tradicional de administração pública na saúde são partilhadas, de forma unânime, por vários autores. Na base desta contestação encontram-se referências à suborçamentação, ao aumento da despesa, à multiplicidade burocrática nos processos de organização, à débil relação entre os setores público e privado e às limitações legais para a aquisição de bens e serviços (Campos, 2008, p.13-14; Nunes & Rego, 2010, p.186; Rego, 2011, p.198). Todas estas situações se constituíram como fatores para uma reforma urgente do setor.

Em todas as transformações ocorridas na saúde, resultantes da influência da evolução das perspetivas que movem a relação do Estado com os cidadãos, foi mantida, ao longo de todos os processos, a salvaguarda da proteção da saúde e da justiça social no acesso, de acordo com o artigo 64º da Constituição Portuguesa (CRP, 2005).

A evolução do sistema de saúde português teve uma clara influência das perspetivas da *New Public Management* e da *New Public Governance*, nomeadamente na combinação com o setor privado e na opção de escolha por parte do utente. Nos pontos seguintes serão abordadas cada uma destas perspetivas, de uma forma particular, de acordo com as reformas implementadas no setor.

5.1. Influência da *New Public Management* e da *New Public Governance* no setor da saúde

A influência do modelo da NPM, no setor da saúde, trouxe uma nova perspetiva para a realidade portuguesa, particularmente para o subsector hospitalar (Rego, 2011, p.29). Esta filosofia permitiu um corte com o modelo centralizado num Estado dominante, que existia até aos anos 90, abrindo portas a novos horizontes que se colocaram em prática (ainda que de forma experimental, em meados dos anos 90 até ao ano 2001) (Nunes & Rego, 2010, p.199). Na base desta influência estiveram os valores como a promoção do desempenho, da competição e da dissociação da imagem do Estado enquanto produtor/financiador de

cuidados, em oposição a um modelo predominantemente burocrático e hierárquico, que predominava no setor público tradicional (Abreu, 2011, p.43; Harfouche, 2010; Simões, 2009, p.226-228).

Uma das importantes áreas da mudança institucional, no âmbito da NPM, reside no movimento de privatização e na introdução de práticas empresariais. O setor da saúde é um exemplo marcante desta alteração de paradigma, onde o serviço público tenta reproduzir o tipo de relações existentes nos mercados, entre as instituições empresariais (Moran, 2006, p.158).

Sob a influência da reforma da NPM constituíram-se, em Portugal, institutos públicos e entidades públicas empresariais com autonomia administrativa e financeira, a partir de organismos de administração direta do Estado (Carvalho, 2008). Em termos da política nacional de saúde, um dos melhores exemplos da expressão prática da adoção da NPM, por este setor, ocorreu em 2001 com a criação da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde (EMPS), e em 2002, com a publicação do novo regime da gestão hospitalar. Estas redações estiveram na base dos primeiros passos efetivos para a implementação de uma gestão de caráter empresarial aos hospitais públicos, conhecida como empresarialização. Desta forma, abriram-se portas à regulação social e económica, com a existência de uma participação empresarial pública ou privada no setor, objetivando-se ganhos operacionais em termos de produtividade, criação de valor, eficiência e sustentabilidade para todo o sistema (Harfouche, 2010; Rego, 2011, p.123).

Até esta data, não se verificava o uso eficaz dos mecanismos de alocação de recursos, de sistemas de pagamento e de regulação dos setores público e privado, com o objetivo de aumentar a eficiência e a contenção de gastos (Oliveira & Pinto, 2005).

Este quadro, no setor da saúde em particular, dotou a gestão de uma maior autonomia e liberdade de opção, através da introdução de novas ferramentas de gestão, que tecnicamente dotariam o sistema de uma maior transparência (Harfouche, 2010). A avaliação de desempenho foi um outro marco da aplicação da NPM na administração pública em Portugal (Araújo, 2013).

O Serviço Nacional de Saúde português, desde a sua criação, passou por vários processos de reforma. Desafios globais como o envelhecimento da população, a administração do equilíbrio entre a contenção de custos e a manutenção do acesso e da qualidade, o aumento de doenças crónicas ao invés de doenças agudas, obrigaram a uma carga maior de recursos de assistência médica, que levaram a que Portugal e os restantes países da OCDE fizessem grandes mudanças nos sistemas de saúde, ao longo da última década (Ozcan & Khushalani, 2017). Entre outros, destacou-se o movimento de reestruturação da organização hospitalar, em Portugal, que levou a um processo de integração (vertical¹⁹ e horizontal²⁰) de cuidados, que culminou na realização de várias fusões de hospitais públicos. Foram assim constituídos centros hospitalares e unidades de saúde locais (Ferreira, Marques, & Nunes, 2018).

No novo conjunto de políticas estipulava-se a necessidade de uma cooperação estreita entre os setores público e privado, nos diversos tipos de cuidados de saúde, a criação de diferentes combinações de gestão público-privada e a possibilidade de contratos de trabalho individuais, entre outras (Oliveira & Pinto, 2005). Neste processo de reforma, a quantidade de prestadores do setor privado aumentou, o que levou a que o Estado produzisse legislação adaptada a esta realidade, de forma a assumir a sua função de regulador (Fernandes, 2015). O quadro seguinte apresenta, esquematicamente, os principais pontos promovidos pela adoção das influências da perspectiva da NPM, no setor da saúde.

Quadro 25 - Características da NPM adotadas na reforma do setor da saúde, em Portugal

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Desburocratização e descentralização dos processos de gestão através da implementação de uma gestão empresarial• Desenvolvimento de uma abordagem de gestão centrada no utilizador• Promoção de uma maior transparência e demonstração pública de contas• Promoção de uma política de responsabilização da gestão pelos resultados obtidos nas respetivas unidades• Procura de elevados níveis de desempenho e transparência• Desenvolvimento de mecanismos de mercado• Promoção do estímulo à concorrência e competitividade entre prestadores• Aceitação e cooperação com novos operadores• Introdução da contratualização• Incremento de qualidade para os serviços de saúde |
|--|

Fonte: Elaboração própria

¹⁹ Por integração vertical de cuidados de saúde entende-se o processo de reorganização que conduziu à fusão de unidades de saúde com diferentes níveis de prestação de cuidados (Santana & Costa, 2008). No caso português é exemplo a constituição de Unidades Locais de Saúde que fundiram numa mesma entidade unidades hospitalares (cuidados diferenciados) com Agrupamentos de Centros de Saúde (cuidados primários).

²⁰ Por integração horizontal de cuidados de saúde entende-se o processo de reorganização que conduziu à fusão de unidades de saúde com o mesmo nível de prestação de cuidados (Santana & Costa, 2008). No caso português é exemplo a constituição de centros hospitalares a partir de unidades independentes com gestão autónoma.

O Estado enfrentou novos desafios no desempenho das suas funções na sociedade, com recurso a diferentes formas de cooperação. Da análise das mesmas, entende-se que é necessária a relação entre os setores público e privado, para a resolução de determinados problemas da sociedade (Stoker, 2004). Como exemplo desta cooperação, constata-se a grande importância dada ao desenvolvimento de parcerias público-privadas.

As parcerias público-privadas na saúde emergem no paradigma da NPM pelo seu cariz de carácter privado, com a base assente na contratualização. Contudo, estas mantêm-se com a mudança de paradigma da *New Public Management* para a *New Public Governance*, que assenta na justiça e equidade, na superintendência do Estado e no estabelecimento de parcerias entre o setor público e privado (Asquith et al., 2015). Assim, poderá considerar-se que as PPP surgem no âmbito do paradigma da NPM e permanecem com o modelo da NPG.

A adoção do Estado a um novo papel, baseado na regulação e supervisão, não significou a sua ausência nos processos da administração pública no setor da saúde. Pelo contrário, o papel do Estado ganhou importância ao assegurar a equidade e a qualidade, garantindo o acesso e a responsabilização dos prestadores perante os desígnios constitucionais. Isto originou uma readaptação do próprio sistema (Simões, 2004). Deste modo, foi desenvolvida uma entidade reguladora (ERS), com a “natureza de autoridade administrativa independente, que enquadre a participação e atuação dos operadores privados e sociais no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde” (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de dezembro).

5.2. Modelos de gestão das unidades hospitalares em Portugal

A questão da procura da eficiência é um problema, não apenas de Portugal, mas de vários países com sistema público de saúde (Mintzberg, 2012). A característica mais importante, e comum a estes países, é a procura pela contenção de custos e pela criação de melhor valor para os recursos usados (Ozcan & Khushalani, 2017).

Para muitas organizações públicas, aumentar a eficiência tornou-se um pré-requisito crucial para a sua sustentabilidade (Lindlbauer, Winter, & Schreyögg, 2016). Em Portugal fizeram-se reformas no sentido de controlar o crescimento dos gastos, de modo a que o sistema utilize de

melhor forma os seus recursos, mantendo sempre presente o objetivo de acrescer os ganhos em saúde (Simões, 2004).

Os economistas, já desde a época de Adam Smith, que alegam o facto da alocação dos recursos ser mais eficiente quando se recorre aos mercados, pois a competição entre estes fornecedores possibilitam bens ou serviços de maior qualidade, a um mais baixo preço (Bovaird, 2004).

A presença de diversas formas de governação e de diferentes regimes jurídicos tem sido considerada como uma das formas de promover a eficiência das instituições, que deste modo "competem" entre si (Barros, 2013, p.266).

5.2.1. Gestão hospitalar nas Entidades Públicas Empresariais

O modelo de gestão dos hospitais E.P.E. tem como base uma gestão de cariz empresarial e surge como uma forma inovadora de promover a eficiência e a autonomia, com vista à diminuição de custos e à melhoria na qualidade. Para além disso, foi também promovida a concentração destas unidades hospitalares (Campos, 2008, p.42).

Assim, os hospitais E.P.E. adotam regras e ferramentas da gestão privada, o que é diferente da privatização, pois implica apenas a implementação de uma cultura de gestão empresarial, que promove a responsabilização dos diversos intervenientes no processo (Rego, 2011, p.32-33).

Neste modelo de gestão hospitalar os profissionais de saúde podem ser contratados através do regime de contrato individual de trabalho, havendo alterações também ao nível da forma como estas unidades são financiadas (Campos & Simões, 2011, p.195).

O financiamento deixa de ser calculado com base no histórico da despesa dos anos anteriores e passa a ser feito de acordo com a produção de cada hospital, tendo em conta os cuidados que são prestados, através da elaboração de contratos-programa (Tribunal de Contas, 2006).

A celebração do contrato-programa tem como objetivo “ajustar as propostas de produção às necessidades em saúde da população, acordando níveis de produção que assegurem os princípios de equidade, efetividade e eficiência do sistema e bem assim, da sua sustentabilidade económico-financeira” (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011, p.6).

A nível financeiro, estas entidades, dada a sua natureza empresarial, não eram incluídas na perspetiva da execução orçamental. Relativamente ao controlo externo, a cargo do Tribunal de Contas, estão "excluídas da efectivação de responsabilidades financeiras, bem como da fiscalização prévia dos actos e contrato". No que diz respeito à "aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas", estas instituições "... regem-se pelas normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do regime do direito comunitário relativo à contratação pública" (Tribunal de Contas, 2006, p.21).

O capital dos hospitais E.P.E. é exclusivamente público, sendo que não permite a alienação a entidades privadas, nem a falência por motivos económicos. O endividamento destas unidades prevê um limite, sendo que este não pode ultrapassar 30% do seu capital estatutário (Harfouche, 2010).

A melhoria do desempenho económico-financeiro é um dos objetivos deste modelo de gestão, bem como a melhoria na qualidade e no acesso. Para ajudar na concretização deste objetivo adotou-se o *benchmarking*, como forma de identificar as diferenças entre o desempenho das unidades hospitalares e perceber quais aquelas que poderão ter as melhores práticas de gestão (Major & Magalhães, 2014, p.480).

As decisões de carácter organizacional interno ficam sob a responsabilidade do Conselho de Administração, de acordo com o regulamento interno definido pelo mesmo. Fica também à sua responsabilidade a criação dos órgãos de gestão, que deverão ser definidos de acordo com as dimensões e características da instituição (Harfouche, 2010).

Os hospitais E.P.E. têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos, de forma geral, desde os beneficiários do SNS a beneficiários de outros subsistemas de saúde que estejam contratualizados. Para além disso, são também responsáveis pelo

desenvolvimento atividades de formação e investigação de profissionais de saúde (Harfouche, 2010).

De acordo com Major e Magalhães (2014), os objetivos deste modelo de gestão tiveram como base os seguintes princípios: “cultura de gestão por objetivos e de responsabilização pelos resultados; acompanhamento rigoroso e publicação regular da informação; melhoria da qualidade e da eficiência operacional; promoção do mérito e do desenvolvimento profissional; e por último, melhoria da comunicação e do serviço aos utentes” (Major & Magalhães, 2014).

5.2.2. Gestão hospitalar em regime de Parceria Público-Privada

Até ao início da década de 80, foi mínima a colaboração entre os setores público e privado com o propósito de obter ganhos de saúde. Na maior parte das vezes, esta cooperação limitou-se ao domínio da política de consulta com organizações não-governamentais. No entanto, a relação entre as organizações do setor público e privado começaram a mudar, nomeadamente pela influência do Banco Mundial, que defendeu um papel mais ativo do setor privado na colaboração em projetos de saúde (Ruckert & Labonté, 2014).

No âmbito da relação entre os setores público e privado, foram implementadas as PPP na saúde. Estas tinham por objetivos, não só reforçar a relação entre os dois setores, como também permitir contrariar a despesa na saúde e promover novos meios tecnológicos e de gestão capazes de gerar uma maior eficiência, desempenho e produtividade. Na base desta argumentação encontra-se a melhoria no acesso aos cuidados de saúde e da sua qualidade, e a reabilitação do parque hospitalar, com a construção de unidades modernas com tecnologia de ponta e a adoção de práticas privadas para a gestão de unidades do setor público (Simões, 2004; Torchia et al., 2015).

Está associada ao setor privado a ideia de que este detém uma capacidade de gestão e de inovação, com características determinantes para prover serviços de maior qualidade, a um mais baixo custo e com um mais rápido tempo de resposta (FMI, 2004; Liu, Wang, & Wilkinson, 2016). Segundo Forrer et al. (2010), existe a suposição que muitas vezes os governos não detêm internamente o conhecimento e a habilidade de gerir necessária para prestar os serviços de forma mais eficiente, quer através da prestação direta, ou da elaboração

de contratos. Considera-se assim que, através do recurso às parcerias, o governo adquire o *know-how* e a capacidade técnica e de gestão (*management skills*) características do setor privado, o que permite a prestação de serviços de um modo mais eficiente, do ponto de vista económico (Allard & Trabant, 2011).

Através do estabelecimento de PPP é possível ao Estado a construção de infraestruturas com o apoio do financiamento privado, sem que isso aumente o seu endividamento (FMI, 2004). O pressuposto de que uma PPP tem maiores ganhos de eficiência do que o setor público é das razões mais pertinentes para a sua implementação. Este motivo adquire maior importância do que, por exemplo, o argumento de existir uma transferência de risco para o setor privado nas parcerias (Barros, 2013, p.271).

Contudo, a partilha de risco é também considerada como um fator promotor de eficiência, dado que incentiva o setor privado a empenhar-se na obtenção de um bom desempenho (Cordeiro, 2008). Assim, de acordo com Barros (2013, p.271) esta transferência de risco não deve ser considerada como um objetivo, mas como uma ferramenta que incentiva o setor privado a obter resultados mais eficientes.

As parcerias público-privadas têm como características fundamentais os relacionamentos de longa duração, a cooperação entre os parceiros, o desenvolvimento de produtos e serviços, a partilha de riscos, custos e benefícios, e um ganho de valor para os atores envolvidos na parceria (Hodge, 2005; Klijn & Teisman, 2003).

Deste modo, as parcerias público-privadas adquiriram um papel determinante na implementação de políticas públicas, visto que são consideradas como mais eficientes e eficazes (Torchia et al., 2015). Este foi um dos principais motivos usados como justificação para a criação das PPP na saúde, o do pressuposto de que estas têm uma gestão mais eficiente do que as unidades pertencentes ao setor público empresarial. Assim, um dos argumentos que esteve na base da definição do estudo a que esta tese se propõe, foi a pressuposição da maior eficiência da gestão nas parcerias público-privadas e a sua avaliação.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

6. MODELO DE ANÁLISE

Face à pergunta de partida, aos objetivos propostos e ao quadro teórico apresentado, foi definido o modelo de análise cujo conceitos centrais à pesquisa, assim como hipóteses a testar, se apresentam de seguida.

6.1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

6.1.1. Parceria Público-Privada e Entidade Pública Empresarial

A parceria público-privada é um modelo jurídico-administrativo que estabelece um ou mais contratos, através dos quais entidades privadas (designadas por parceiros privados) se obrigam, por um determinado período de tempo, perante um parceiro público, a assegurar a realização de uma atividade, mediante uma contrapartida financeira (Decreto-Lei nº86/2003, de 26 de abril).

Assim, no presente estudo será usada a definição de parceria público-privada como um contrato de longo prazo, estabelecido entre o Estado e um parceiro privado, no qual este último fornece e financia os serviços públicos usando um bem de capital, sendo os riscos associados partilhados por ambos os parceiros (OCDE, 2012).

As Entidades Públicas Empresariais correspondem a organizações empresariais "constituídas sob a forma de sociedade de responsabilidade limitada, nos termos da lei comercial, nas quais o Estado ou outras entidades públicas possam exercer, isolada ou conjuntamente, de forma direta ou indireta, influência dominante" (artigo 3º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro).

O Setor Empresarial do Estado, segundo o Tribunal de Contas (2016) é composto por:

Entidades com a forma de sociedades comerciais, detidas exclusivamente ou maioritariamente pelo Estado ou outras entidades públicas estaduais, independentemente da participação directa ou indirecta, desde que tal implique a detenção da maioria do capital ou dos direitos de voto ou, ainda, o direito de designar ou destituir a maioria dos membros dos órgãos de gestão (p.22).

6.1.2. Eficiência, produtividade e qualidade

A eficiência pode ser "considerada uma medida normativa da utilização dos recursos" (Bilhim, 2013c, p.365). Assim, de um modo geral, pode ser traduzida por uma medida entre os resultados obtidos, em termos de produção, e os recursos que efetivamente foram aplicados para os obter. Uma produção eficiente é aquela que otimiza os seus recursos, com o objetivo de obter os mesmos resultados, ou a que maximiza os produtos, mantendo os recursos inalterados (Pereira, 2004, p.23). Cooper, Seiford e Tone (2007), no seu conceito de eficiência, além de a definirem como o resultado do uso de recursos (*inputs*) de tal forma adequado que evita desperdícios e maximiza os resultados de produção, destacam também o fator qualidade nesses *outputs*.

Neste sentido, o foco da eficiência reside nos métodos e processos usados, que exigem uma gestão e um planeamento da organização, a fim de se obterem os objetivos propostos, de acordo com os recursos disponíveis (Bilhim, 2013c, p.365).

O conceito de eficiência tornou-se essencial para o desenvolvimento da melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde, tendo em conta o seu custo-benefício. Uma das estratégias usadas para dar resposta aos crescentes custos destes serviços públicos, tem sido a criação de parcerias estratégicas entre as organizações. No entanto, estas carecem ainda de provas sobre a eficácia da importação de estratégias do setor privado para o público (Asquith et al., 2015).

Com base na literatura nacional e internacional, e nos trabalhos de Farrel (1957), podemos encontrar uma distinção entre dois tipos de eficiência²¹:

- Eficiência técnica: que representa o total da produção realizada, perante o uso de uma determinada quantidade de recursos;
- Eficiência na alocação: que diz respeito à quantidade de recursos aplicados, tendo por base os preços relativos dos mesmos.

No presente estudo será considerada a definição de eficiência técnica relativa, na medida em que a eficiência técnica é operacionalizada em cada ano, de acordo com uma fronteira que tem como referencial a unidade mais eficiente do grupo e pelo facto deste tipo de eficiência considerar a quantidade de recursos utilizada em relação à quantidade produzida, evitando a necessidade de informações sobre os preços (Bryce, Engberg, & Wholey, 2000).

Na literatura é ainda referido que a eficiência de uma unidade pode ser atingida de duas formas: ou pela perspectiva da minimização de *inputs*, ou seja, existe eficiência quando é produzida uma determinada quantidade de *outputs*, reduzindo-se o número de *inputs*, ou pela perspectiva de maximização de *outputs*, obtendo-se a desejada eficiência por meio do aumento de *outputs*, mantendo a mesma quantidade de *inputs* (Jia & Yuan, 2017; Pereira, 2004).

A fronteira de produção gerada representa a produção máxima a alcançar perante a aplicação de uma determinada combinação de *inputs e outputs*, sendo as restantes unidades consideradas tecnicamente ineficientes à medida que se afastam dessa fronteira. Ou seja, uma unidade tecnicamente eficiente opera ao nível da fronteira de produção e uma ineficiente abaixo desta (Gholami, Higón, & Emrouznejad, 2015). A eficiência técnica é por este motivo sempre relativa em relação a um conjunto de unidades a avaliar para as quais a função é estimada. Assim, mesmo que sejam introduzidas novas unidades no estudo podem reduzir a eficiência técnica, mas não a podem aumentar (Farrel, 1957).

Por vezes na literatura os termos produtividade e eficiência são frequentemente usados como sendo a mesma coisa, o que segundo Capul e Garnier, (1996, p.363) e Jacobs et al. (2006, p.4) é algo desadequado. A produtividade traduz a relação mais abrangente entre os resultados

²¹ Há ainda referência a um terceiro tipo de eficiência: a eficiência económica total, que resulta da conjugação da eficiência técnica com a alocativa.

(*outputs*) de uma organização e os recursos (*inputs*) usados no processo de produção ao longo dos anos, refletindo o resultado, em termos dos bens e/ou serviços produzidos, face aos fatores de produção utilizados, não se limitando apenas à análise de relação de eficiência (consumo/resultados) em cada ano. Ou seja, a produtividade representa, assim, "o grau de eficiência na utilização de recursos" (Sousa, 1990, p.167). Uma organização, ao ser mais produtiva, está a combinar os seus recursos de uma forma mais eficiente, o que lhe permite aumentar os seus produtos apenas combinando de melhor forma os seus recursos.

Neste estudo, a produtividade será considerada como um modo de otimizar a eficiência, de forma horizontal, ao longo do período temporal do estudo. A eficiência será apurada de forma vertical, por anos, e numa perspetiva relativa de uma unidade hospitalar face às restantes. Contudo, quando se aborda a eficiência e a produtividade numa determinada organização de saúde, devem ter-se em consideração alguns conceitos que lhes estão subjacentes, como a eficácia e a qualidade.

A eficácia organizacional pode ser entendida como o nível com que uma organização atinge os seus objetivos de curto e longo prazo, sendo que esta pode não ter um caráter geral, dado que há resultados que são vistos como positivos ou negativos, dependendo dos interesses de cada um (Bilhim, 2013c, p.366).

Donabedian (1988) define a qualidade em saúde como um julgamento acerca da componente técnica e das características positivas das relações interpessoais, entre o utente e os profissionais e distingue três grandes componentes:

- a) Aspectos técnicos - referentes ao conhecimento médico no diagnóstico e tratamento;
- b) Aspectos interpessoais - capacidade de interação com os utentes;
- c) Aspectos de afabilidade - incluem as condições hoteleiras/conforto das unidades de saúde.

Contudo, é difícil definir qualidade em saúde de forma totalmente abrangente e única, visto que é um conceito multidimensional (Arocena & Garcia-Prado, 2007). De acordo com Navarro-Espigares e Torres (2011), na linha de pensamento de Donabedian (1998), a qualidade em saúde pode ser dividida em duas vertentes: a qualidade técnica e a qualidade que é percebida pelos doentes. A primeira diz respeito à qualidade técnica dos serviços

efetivamente prestados, ou seja, é relativa à competência do diagnóstico feito pelos profissionais de saúde e ao resultado do tratamento. Por sua vez, a qualidade na percepção dos doentes está relacionada com a sua satisfação com os cuidados de saúde que lhe foram prestados (Yang & Zeng, 2014).

Assim, a avaliação segundo Donabedian (1988), pode ser condicionada pois os utentes podem focar mais os aspetos relacionais ou de conforto, ao invés da qualidade técnica. Donabedian (2005) defende também que a avaliação da qualidade deve ter por base uma definição conceitual e operacional do que é a qualidade dos cuidados médicos. O uso dos resultados clínicos da prestação de cuidados como um critério de avaliação de qualidade traz muitas vantagens, sendo que a sua validade como dimensão da qualidade é raramente questionada. Além destes resultados tenderem a ser bastante concretos e, por esse motivo, passíveis de ser medidos de forma precisa, não existem grandes dúvidas em relação à importância da recuperação, reabilitação e sobrevivência dos doentes, na maioria das culturas.

Para além da contribuição da metodologia introduzida por Donabedian, com base nos três pilares da avaliação de estruturas, processos e resultados, foi de igual importância a priorização de uma boa gestão como determinante para a obtenção da eficiência e eficácia dos serviços de saúde. O autor considera que os resultados dos estudos sobre qualidade devem contribuir para promover uma análise da gestão (Berwick, 2016).

No entanto, de acordo com Berwick (2016), nos dias de hoje é possível identificar algumas lacunas no trabalho de Donabedian. Uma das razões é a atual mudança de ênfase para o doente como o centro da prestação de cuidados, considerada fundamental para a obtenção da qualidade. Outro dos motivos apontados é o facto de não ser possível à data antecipar as evoluções tecnológicas que, entretanto, ocorreram e o impacto que estas trouxeram sobre os riscos e as novas possibilidades de tratamentos. Por último, o autor considera que Donabedian podia apenas vislumbrar que não é possível alcançar a excelência sem considerar o processo de prestação de cuidados como um sistema. Contudo, Donabedian antecipou esta importância da compreensão da prestação de cuidados como um sistema, bem como a importância de uma contínua formulação e reformulação dos processos de prestação de cuidados e do papel determinante dos gestores, diretores clínicos e conselhos de administração, na construção de uma cultura que permita um contínuo progresso para o sucesso.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006), para haver qualidade na prestação de cuidados de saúde estes devem ser eficientes, de forma a maximizar os recursos disponíveis e evitar desperdícios, com uma resposta atempada e centrada no doente. Para além disso, a assistência oferecida deve ser equitativa, com profissionais de saúde de excelência que assegurem um risco mínimo, de forma a que isso se traduza numa maior saúde dos utentes.

A finalidade dos serviços de saúde é a melhoria do estado de saúde dos utentes e a promoção de uma melhor qualidade de vida (Ferreira et al., 2017). Para tal, as políticas de saúde focam-se na maximização do bem-estar dos utentes, sempre na busca de uma melhor satisfação, procurando manter a devida qualidade de forma sustentável (Chang, Hsiao, Huang, & Chang, 2011). Consegue-se assim a base para a tentativa de um sistema de saúde mais justo e sustentável, com uma cada vez mais desejada convergência de vários fatores que nem sempre foram conciliáveis: a qualidade na prestação e a eficiência na utilização dos recursos disponíveis (Nunes, 2014, p.30).

Em Portugal, a conciliação entre qualidade e eficiência nos cuidados de saúde prestados aos cidadãos está presente nos Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018:

- a) "- A contratação de atividade – assegurar que os prestadores se comprometem com um quadro de produção expectável, face às necessidades da população e aos recursos disponíveis;
- b) - Os modelos de financiamento e as modalidades de pagamento - alavancar o comportamento dos prestadores e alinhar os objetivos individuais com o processo global de prestação de cuidados;
- c) - A medição da *performance* – medir e comparar o desempenho das instituições em áreas estratégicas e prioritárias a nível nacional, através de indicadores de processo, output e resultado" (ACSS, 2017, p.11).

Devido à preocupação com a limitação dos recursos financeiros e com o aumento do número de doentes, as questões da relação entre custo e eficiência tendem a prevalecer sobre as da qualidade (Bull, 1994; Chang et al., 2011). De acordo com Arocena e Prado (2007), a maioria dos estudos não tem em consideração a questão da qualidade ao avaliar a eficiência, mesmo que a sua inclusão seja relevante para controlar ganhos de eficiência. Na razão desta não

inclusão parece existir um debate constante sobre o *trade-off* entre qualidade e eficiência, não havendo um consenso sobre uma relação direta entre o aumento da eficiência e a melhoria na qualidade (Bull, 1994; Chang et al., 2011).

Uma unidade de produção pode tornar-se mais eficiente, através da redução de custos para obter os mesmos ou melhores resultados. Contudo, isto não significa necessariamente que deste modo seja mais eficaz (que cumpra com todos os objetivos propostos), nem que assegure os melhores critérios de qualidade. Por exemplo, uma unidade hospitalar que minimize ao máximo os seus custos, tendo com vista meramente ser eficiente ao nível dos recursos, pode estar a comprometer a qualidade dos cuidados prestados aos seus utentes e consequentemente, pode ser vista por estes como ineficiente e ineficaz em termos da atividade clínica. Ou contrariamente, um hospital pode gerir de forma ineficiente os seus recursos, tendo apenas como propósito cumprir os objetivos e satisfazer com a melhor qualidade os seus utentes, sendo vista por estes como eficiente, de acordo com a sua perspetiva, que em nada tem a ver com a gestão.

Deste modo, minimizar os custos e maximizar a produção para aumentar a eficiência, pode comprometer a qualidade. Contudo, a exigência de maiores recursos para uma melhoria na qualidade, pode provocar um declínio da eficiência. Como tal, devem ser criadas políticas ou programas que garantam que os prestadores de cuidados não comprometam a qualidade dos mesmos, apenas para melhorar a eficiência (Yang & Zeng, 2014). No quadro 26 apresentam-se conclusões de alguns estudos sobre este *trade-off*, através dos quais é possível inferir que eficiência e qualidade são simultaneamente possíveis em saúde.

Quadro 26 - Estudos sobre trade-off entre eficiência e qualidade

Arocena e García-Prado (2007)	Os autores concluíram que o aumento simultâneo da qualidade e da eficiência pode potenciar também uma melhoria no desempenho.
Nayar e Ozcan (2008)	Ao analisarem a eficiência com e sem os fatores de qualidade, os autores concluíram que uma melhoria da eficiência técnica não tem necessariamente que comprometer a qualidade.
Chang, Hsiao, Huang, e Chang (2011)	No seu estudo os autores concluíram ser possível aumentar simultaneamente a eficiência e a qualidade, sem que exista um <i>trade-off</i> .
Navarro-Espigares e Torres (2011)	Os autores concluíram não existir um <i>trade-off</i> de eficiência e qualidade nos hospitais, pois verificaram uma fraca associação entre os indicadores de eficiência e qualidade.
Khushalani e Ozcan (2017)	No seu estudo, os autores concluíram que não existe <i>trade-off</i> na melhoria da qualidade e da eficiência dos cuidados médico-cirúrgicos.

Fonte: Elaboração própria

De acordo com os autores Khushalani e Ozcan (2017), os estudos que revelam não existir um comprometimento da qualidade com a melhoria da eficiência, são importantes para os decisores políticos, na medida em que impulsionam uma direção de políticas que unem eficiência e qualidade.

É assim necessário tentar encontrar um equilíbrio entre estes três fatores, de modo a que a excessiva sobreposição de um deles, não implique que os outros dois possam ficar, deste modo, comprometidos. Estas questões ganham relevância para o utilizador dos serviços, pois como referem Ferreira et al. (2017), nenhum utente quer ver os seus impostos usados em serviços de baixa qualidade na prestação de cuidados de saúde.

6.1.3. Indicadores de atividade e produção hospitalar

A medição da eficiência hospitalar deve ser bem clarificada, ao encontro do processo produtivo, o que de acordo com Moreira (2008, p.131), verifica dificuldades em:

- Encontrar os processos produtivos;
- Definir as linhas de atividade;
- Definir quais os *inputs* e *outputs* a analisar;
- Isolar os objetivos perante uma multiplicidade de atividades (diversidade dos hospitais);
- Obter dados disponíveis e coerentes.

Na pesquisa internacional existem também referências a dificuldades no apuramento da produção hospitalar. A situação mais frequente está relacionada com a assistência a doentes crónicos que são sujeitos a vários atos clínicos, em diferentes momentos, com o mesmo tipo de diagnóstico (Brathaug, 2006, p.3). No entanto, em Portugal esta questão tem sido ultrapassada com a reforma aplicada ao setor, nomeadamente nas questões de contratualização e financiamento, onde se destaca a implementação de Grupos de Diagnóstico Homogéneo²² (Abreu, 2011, p.121).

²² “Constituem um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos” (ACSS, 2016).

Para delimitar as questões apresentadas, seguidamente explicitam-se e definem-se os principais conceitos associados às referidas limitações, de modo a elucidar, de forma clara e concisa, quais os âmbitos de aplicação do estudo ao nível do desempenho e produção hospitalar.

A produção dos hospitais centra-se num conjunto de linhas de atividade. Na base dos resultados operacionais obtidos, estas subdividem-se em dois grandes grupos:

- Internamento (médico e cirúrgico);
- Serviços de assistência em ambulatório (consulta externa; cirurgias, episódios de urgência e sessões de hospital de dia).

O quadro seguinte apresenta a definição de cada uma das linhas de atividade.

Quadro 27 - Definição das principais linhas de atividade na produção hospitalar

Linha de atividade	Produção
Internamento	"Modalidade de prestação de cuidados de saúde a indivíduos que, após admissão num estabelecimento de saúde, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria) para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas" (INE, 2019d).
Cirurgia	"Um ou mais atos cirúrgicos, com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por médico cirurgião em sala operatória na mesma sessão" (INE, 2019e).
Consulta externa	"Unidade orgânico-funcional de um hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares" (INE, 2019f).
Episódio de Urgência	"Unidade funcional clínica de um estabelecimento de saúde que presta cuidados de saúde a indivíduos que acedem do exterior com alteração súbita ou agravamento do estado de saúde, a qualquer hora do dia ou da noite durante 24 horas" (INE, 2019g).
Hospital de Dia	"Unidade orgânico-funcional de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde o doente recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou terapêutica, de forma programada, e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas" (INE, 2019h).

Fonte: Elaboração própria

6.2. Hipóteses de Investigação

Assim, de forma a estudar os conceitos apresentados, tendo como base a revisão da literatura, o modelo de análise definido assentou na formulação das seguintes hipóteses:

-
- H1: Os hospitais em regime de PPP são mais eficientes que os hospitais E.P.E..
 - H2: Os hospitais em regime de PPP são mais produtivos que os hospitais E.P.E..
 - H3: Os hospitais PPP, criados em regime de substituição, são mais produtivos do que eram previamente à introdução da parceria.

6.3. Questões de Investigação

Relativamente à abordagem qualitativa do presente trabalho, a realização das entrevistas pretendeu compreender de melhor forma a possível relação entre eficiência e qualidade, pretendendo aferir: a perceção dos entrevistados sobre a existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e dos motivos para o mesmo; as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência e de que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

Para dar resposta a estes objetivos, foram definidas como questões de investigação centrais, as que se apresentam de seguida:

- “Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?”
- “Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?”.
- “De acordo com a sua perceção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais as potenciam?”.

De acordo com o modelo de análise estabelecido para a presente pesquisa, face ao problema delineado, foram definidas as opções metodológicas que se apresentam no ponto seguinte.

7. CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Neste ponto irá ser caracterizado o objeto do presente estudo: hospitais E.P.E e PPP.

As unidades hospitalares existentes em Portugal apresentam diferentes regimes jurídicos e modelos de organização, apresentados nos seguintes quadros.

Quadro 28 - Regime jurídico aplicado aos hospitais, em Portugal

Regime jurídico	Caracterização
Hospitais SPA	"Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial" (alínea a, do número 2 do artigo 2º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro).
Hospitais E.P.E.	"Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial" (alínea b, do número 2 do artigo 2º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro).
Hospitais S.A.	"Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos" (alínea c, do número 2 do artigo 2º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro).
Hospitais Privados	"Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos" (alínea d, do número 2 do artigo 2º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro).
Hospitais públicos geridos por outras entidades (PPP)	"Instituições e serviços do SNS geridos por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão, ou em regime de convenção por grupos de médicos, nos termos do Estatuto do SNS" (número 2 do artigo 2º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro).

Fonte: Elaboração própria

Quadro 29 - Modelos de organização dos hospitais

Modelo de organização	Definição
Hospital	"Estabelecimento de saúde que presta cuidados de saúde curativos e de reabilitação em internamento e ambulatório, podendo colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica" (INE, 2019a).
Centro Hospitalar	"Entidade pública de saúde dotada de autonomia administrativa e financeira e património próprio que integra vários hospitais destituídos de personalidade jurídica, com serviços comuns e ligações funcionais" (INE, 2019b).
Unidade Local de Saúde	"Entidade pública de saúde composta por hospitais/centros hospitalares e por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que garante a prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, de forma integrada, à população residente na respetiva área de influência" (INE, 2019c).

Fonte: Elaboração própria

A legislação referente aos referidos regimes jurídicos apresenta-se, de forma resumida, no quadro seguinte.

Quadro 30 - Legislação aplicada

Ano	Legislação aplicada
2001	Criada a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro), "destinada a desenvolver e implementar no setor da saúde experiências inovadoras de gestão, designadamente parcerias público-públicas e público-privadas, aplicando-as aos estabelecimentos hospitalares e ao universo de unidades de prestação de cuidados primários e cuidados continuados de saúde" (preâmbulo).
2002	Publicada a Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março, que estabeleceu medidas que permitiram a transformação dos hospitais públicos em entidades públicas empresariais. Aprovado o novo regime jurídico da gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro).
2003	Definidas as normas especiais aplicáveis às parcerias público-privadas (Decreto-Lei n.º 86/2003 de 26 de abril de 2003).
2005	Aprovado o Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho, que deu início à transformação das sociedades anónimas, criadas até à data, em entidades públicas empresariais.
2006	Primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, revendo o regime jurídico aplicável à intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global de parcerias público-privadas (Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de julho).
2012	Disciplinada a intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das parcerias público-privadas e cria a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).
2017	Regulado o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo (Decreto-Lei nº18/2017, de 10 de fevereiro).

Fonte: Elaboração própria

Nos pontos seguintes ir-se-á expor o enquadramento jurídico e a caracterização do tipo de unidades que serão integradas no estudo, aludindo ao percurso histórico evolutivo que esteve na base do seu desenvolvimento.

7.1. Hospitais Empresa (E.P.E.)

Em Portugal, o direito à proteção da saúde dos cidadãos está salvaguardado na Constituição, no seu artigo 64º, independentemente da situação económica ou da localização geográfica, devendo o Estado também ser responsável por assegurar a equidade na distribuição dos seus recursos.

Desde 1946, data em que os hospitais passam a ser propriedade do Estado e classificados como oficiais²³ (pelo Decreto-Lei n.º 46301, de 27 de abril), foram publicados vários documentos legais que marcaram a evolução da gestão hospitalar, que será objeto de estudo neste trabalho. O quadro seguinte resume a legislação aplicada à organização hospitalar desde 1946 a 1988.

Quadro 31 - Evolução da organização dos hospitais, em Portugal, desde 1946 até à aprovação da Lei de Gestão Hospitalar

Ano	Legislação aplicada
1946	Publicada a Lei de Bases da Organização Hospitalar (Lei n.º 2011, 2 de abril), que definiu os princípios base da organização dos hospitais com vista à criação de uma rede hospitalar.
1961	Criada a Direção-Geral dos Hospitais (Decreto-Lei n.º 43853 de 10 de agosto), que tinha como atribuições a elaboração dos planos de atividade e de organização dos hospitais, para o seu adequado funcionamento.
1968	Aprovado o Estatuto Hospitalar (Decreto n.º 48357, de 27 de abril), que estabeleceu os princípios orientadores da atividade hospitalar, pondo termo aos desígnios do Decreto-Lei n.º 43853 de 10 de agosto. Publicado o Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril), que estabeleceu a organização e funcionamento dos hospitais gerais.
1977	Aprovada a Lei Orgânica Hospitalar (Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril), que reconhece os hospitais como pessoas coletivas de direito público.
1988	Aprovada a Lei de Gestão Hospitalar (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro), aplicada a todos os hospitais do SNS.

Fonte: Elaboração própria

Apesar dos muitos avanços na organização hospitalar, com a criação de uma Direção-Geral e a aprovação do Estatuto e do Regulamento Geral, a gestão hospitalar continuava a ter fortes dependências em termos de decisão. Existia ainda uma dificuldade em gerir os hospitais, pelo facto destes estarem dependentes de um "regime de autorização, de ratificação ou de confirmação pelos órgãos centrais da Administração" (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril), burocratizando todo o processo, tornando-o lento e pesado, o que "está em flagrante oposição com a natureza dos hospitais" (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril). À data, para diminuir o peso desta dependência, os hospitais deveriam ter os seus

²³ "Hospital que é tutelado administrativamente pelo Estado, independentemente da propriedade das instalações. Pode ser:

- a) Público - tutelado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde, cujo acesso é universal;
- b) Militar - tutelado pelo Ministério da Defesa Nacional;
- c) Paramilitar - tutelado pelo Ministério da Administração Interna;
- d) Prisional - tutelado pelo Ministério da Justiça" (INE, 2015).

próprios órgãos de gestão e direção, dotados da respetiva autonomia e responsabilidades necessárias ao cumprimento dos cargos (Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril).

Com o objetivo de contrariar estas dificuldades, em torno da gestão hospitalar, foi aprovada, em 1977, a Lei Orgânica dos Hospitais, que reconhece as unidades hospitalares públicas como "pessoas colectivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira" (artigo 2º). Desta forma, os hospitais passam a ser classificados como institutos públicos²⁴, com um regime jurídico referente ao direito administrativo.

Esta legislação permaneceu inalterada durante cerca de uma década, até ao ano 1988. Neste ano foram levantados novos problemas decorrentes da gestão dos hospitais. Como consta na legislação publicada à data (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro), são referidos os elevados custos das unidades hospitalares e a necessidade de uma gestão mais eficiente. Para colmatar esta falha foi publicada a Lei da Gestão Hospitalar (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro).

Apesar da atribuição da personalidade jurídica aos hospitais, mantinham-se os constrangimentos na gestão, pois persistia ainda uma forte dependência do Ministério da Saúde na decisão, como é referido nos termos do artigo 3º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro.

De forma a minimizar os referidos constrangimentos da gestão, são definidos, no artigo 7º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, princípios que possibilitem ganhos de eficiência técnica e social, devendo os hospitais "organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial", de modo a conseguir-se "...o mínimo custo no seu funcionamento". Contudo, permaneciam ainda fortes características do modelo Burocrático, baseado este no paradigma jurídico, no qual impera o direito administrativo (Bilhim, 2013a, p.258).

Da leitura dos documentos legais enunciados, regista-se, que de uma forma transversal, desde a primeira publicação, em 1946, até à Lei da Gestão Hospitalar de 1988, se mantêm as

²⁴ São considerados institutos públicos, os serviços e os fundos pertencentes à administração indireta do Estado e das Regiões Autónomas, quando estes são dotados de personalidade jurídica (Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro).

preocupações relativas aos elevados custos da despesa hospitalar e à necessidade de um modelo mais autónomo e menos burocrático.

A Lei de Gestão Hospitalar de 1988 perdurou durante mais de uma década, tendo sido objeto de crítica internacional. Neste mesmo ano, a OCDE (1998), numa análise sobre a evolução do sistema de saúde, considera a gestão hospitalar como ineficiente, sujeita a regras de gestão burocráticas e sem mecanismos de incentivos para competir com o setor privado.

A mesma conclusão foi partilhada em relatórios nacionais apresentados ao Ministério da Saúde, pelo Grupo de Trabalho do Estatuto Jurídico do Hospital (1997), pelo Conselho de Reflexão sobre a saúde (1998) e pelo Estudo sobre o Hospital Português (1990). Nestes documentos era referido, de modo consensual, que o modelo da administração aplicado aos hospitais induzia uma inflexibilidade na gestão, pelos seus mecanismos rígidos de controlo e organização (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2009). Na base da argumentação de que a gestão hospitalar estava indexada a um modelo de administração burocrático, foram referidas as seguintes questões:

- A ausência de objetivos para promover a qualidade dos cuidados;
- A colisão entre o poder técnico dos profissionais e a gestão;
- O desajustamento entre os recursos humanos, a atividade e o orçamento;
- O subfinanciamento das unidades por falta de atualização das tabelas de preços;
- Os procedimentos demorados de aquisição de bens e serviços (Ministério da Saúde, 1997).

Nas suas conclusões, o Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital, publicado em 1997, já defendia a alteração do modelo de gestão hospitalar. No entanto, este não definia um modelo em concreto, deixando em aberto a hipótese de poder " admitir-se a possibilidade de mais do que um tipo de estatuto". O relatório da OCDE (1998), já citado anteriormente, defende inclusive, nas suas recomendações, a necessidade de se aumentar a autonomia e flexibilização da gestão, alterando deste modo a sua estrutura e adotando esta um caráter empresarial.

Este conjunto de críticas e recomendações, presentes nos documentos legais e nos referidos relatórios, vão de encontro à perspetiva da NPM, que defende uma maior autonomia dos gestores e flexibilidade na gestão.

Em 1990, a Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90, de 24 de agosto) determina, no número 1 da Base XXXVI, que "a gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas". Com base nesta orientação, foram criadas as experiências do Hospital Fernando da Fonseca e do Hospital de São Sebastião, nos quais a sua gestão foi entregue a uma empresa privada.

Como já foi referido anteriormente, em 2001 foi constituída a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde (Resolução de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro), com o objetivo de desenvolver experiências inovadoras de gestão no setor, dos quais são exemplos as parcerias público-públicas e público-privadas, aplicadas às diferentes unidades de prestação de cuidados, como são o caso dos hospitais.

A adoção de práticas do setor privado pelo setor público, bem como a relação entre estes dois setores, começam a ganhar uma maior importância. Deste modo, em 2002 é publicada uma Resolução do Conselho de Ministros (n.º 41/2002, de 7 de março) que define as medidas que possibilitam a transformação dos estabelecimentos públicos hospitalares em entidades públicas empresariais (E.P.E.). No seu preâmbulo, a empresarialização dos hospitais é referida como fundamental para o processo de melhoria de desempenho do SNS, que se encontrava carente de "inovação...relativamente ao paradigma tradicional da autonomia dos serviços da Administração Pública — de pendor burocrático-administrativo e cingida ao regime jurídico-financeiro dos mesmos serviços". É também referida, no preâmbulo, a necessidade de alargar as experiências com novas regulamentações na "própria base organizacional das entidades públicas prestadoras de cuidados hospitalares em termos mais vincadamente empresariais, de modo a induzir uma gestão capaz de criterioso equilíbrio entre equidade e eficácia".

Para dar cumprimento a estas medidas, é publicada no mesmo ano a Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro) na qual é determinado um novo regime jurídico para os

hospitais. Assim, a referida lei define que os hospitais podem adotar uma das seguintes formas jurídicas:

- “a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos” (artigo 2º da Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro).

Deste modo, os hospitais presentes no sistema de saúde podem ser classificados como hospitais do setor público administrativo (SPA), estabelecimentos públicos com natureza empresarial (E.P.E.), sociedades autónomas de capitais públicos (S.A.) e estabelecimentos privados (Lei n.º27/2002, de 8 de novembro).

Entre os fatores orientadores da empresarialização das unidades públicas, encontrava-se a crença da redução de custos através de uma gestão mais eficiente, de forma a dar resposta aos problemas encontrados ao nível da própria estrutura, dos recursos humanos e da contratação de bens e serviços (Ministério da Saúde, 1997; Simões, 2004).

Segundo Martins (2014, p.24), a transição de um modelo empresarial, numa tentativa de aproximar o setor público ao setor privado, teve por base objetivos de racionalidade económica, eficiência, eficácia e o estabelecimento de uma gestão mais responsável que permitisse otimizar recursos públicos cada vez mais escassos.

É importante referir que o processo de empresarialização, iniciado em 2002, foi antecedido por um conjunto de experiências piloto, que decorreram entre os anos 1995 e 2001.

Quadro 32 - Experiências de gestão realizadas em Portugal

Ano	Unidade hospitalar	Experiência realizada
1995	Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (Hospital Amadora-Sintra)	Concessão da gestão a uma entidade privada
1998	Hospital de São Sebastião	Introduziram-se regras de natureza empresarial
1999	Hospital de Pedro Hispano e dos Centros de Saúde de Matosinhos, da Senhora da Hora, de São Mamede de Infesta e de Leça da Palmeira	Integração de cuidados diferenciados e primários numa mesma organização – Unidade Local de Saúde de Matosinhos
2001	Hospital do Barlavento Algarvio	Introduziram-se regras de natureza empresarial

Fonte: Elaboração própria

Em 2005, é publicado o Decreto-Lei nº93/2005, de 7 de junho, que determina a transformação das sociedades anónimas, existentes até à data, em entidades públicas empresariais cuja última alteração ocorreu em 2018 com a criação do Centro Hospitalar do Oeste.

7.2. Hospitais PPP

No que respeita ao setor da saúde, foi no ano 2002 que se publicou o primeiro regime legal das PPP. O Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto estabelece os princípios e os instrumentos para o estabelecimento destas parcerias, feitas em regime de gestão e financiamento privados. No preâmbulo do referido documento legal, é referida a importância do investimento “em experiências inovadoras de gestão de natureza empresarial e de mobilização do investimento não público no sistema de saúde...com vista a obter uma progressiva racionalização das funções de financiamento e contratação e da função prestação de cuidados de saúde”.

Mais do que generalizar a combinação público-privada, a ideia da criação de parcerias foi a de promover um modelo alternativo para a gestão dos hospitais públicos que melhor servisse o interesse dos cidadãos, através da promoção de uma maior eficiência para o SNS sem pôr em causa o acesso ou a qualidade dos cuidados. No enquadramento jurídico-normativo das parcerias é destacado o investimento privado em unidades hospitalares ao serviço do SNS, num contexto de partilha de eficiência e de riscos associados, quer relativamente à construção, quer à exploração da atividade clínica (Nunes, 2014, p.102).

Assim, a opção pela criação destas parcerias é justificada pela crença de que, deste modo, é possível “obter melhores serviços com partilha de riscos e benefícios mútuos entre as entidades públicas que têm a responsabilidade pelos serviços públicos e outras entidades que se lhe associam com carácter duradouro” (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto). Desta forma, "constituem finalidades essenciais das parcerias público-privadas o acréscimo de eficiência na afectação de recursos públicos e a melhoria qualitativa e quantitativa do serviço" (artigo 4º do Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril). De acordo com o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, estas parcerias são estabelecidas:

Através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde (preâmbulo).

Na base da implementação das PPP em Portugal estiveram os resultados obtidos nos cálculos efetuados durante a fase de projeto, cujos valores estimavam que o recurso à parceria seria mais vantajoso, em comparação com a opção da prestação direta do Estado. Este facto fez com que as equipas de projeto concluíssem que seria possível uma prestação de serviços clínicos a um custo mais reduzido.

No quadro seguinte estão representados os valores comparativos entre o valor do Custo Público Comparável (CPC) e da *Best and Final Offer* (BAFO).

Quadro 33 - Comparação entre o custo público comparável e a melhor oferta privada

Projeto de PPP		Valor do CPC ²⁵	Valor do BAFO ²⁶ (M€)	Diferencial	%
Cascais	Entidade Gestora do Estabelecimento	328,05	269,84	-58,22	-18%
Braga	Entidade Gestora do Estabelecimento	987,63	641,50	-346,12	-35%
Loures	Entidade Gestora do Estabelecimento	643,43	443,33	-200,10	-31%
V.F. de Xira	Entidade Gestora do Estabelecimento	479,92	352,90	-127,02	-26%

Fonte: Tribunal de Contas (2013)

Os baixos custos da prestação de serviços clínicos foram salientados pelo Tribunal de Contas (2013) como um dos fatores determinantes para a opção pela gestão em regime PPP, aquando do concurso para os hospitais de Cascais, Loures e Vila Franca de Xira. Em todas estas unidades foram os presumíveis "ganhos de eficiência estimados na componente de serviços clínicos, muito acima do entendido como possível a um hospital gerido diretamente pelo Estado, que possibilitaram o financiamento da construção dessas infraestruturas hospitalares, através do setor privado" (Tribunal de Contas, 2013, p.49).

As PPP, em Portugal, estão legalmente definidas com contratos de longo-prazo entre entidades públicas e privadas, com o objetivo de ser prestado um bem ou serviço público, com pelo menos uma parte do financiamento privada (Firmino, 2014).

7.2.1. O tipo de PPP no setor da saúde em Portugal

Em Portugal, com a promoção do desenvolvimento das PPP nos hospitais, o Estado não quis descurar o seu papel de provedor de cuidados de saúde à população. Através destas parcerias, a universalidade do acesso ficou salvaguardada perante os termos da contratualização com as entidades gestoras, garantindo assim os desígnios constitucionais (Simões & Dias, 2010).

²⁵ CPC - Custo Público Comparável - Representa o custo que o projeto teria para o Estado, caso fosse desenvolvido pela via tradicional, ou seja, directamente pelo sector público (Tribunal de Contas, 2015).

²⁶ BAFO - *Best and final Offer* - É a proposta final de cada concorrente a concurso (Tribunal de Contas, 2013).

Assim, são quatro os hospitais do SNS, nos quais foi implementado o regime de parceria público privada:

- Hospital de Cascais;
- Hospital de Braga;
- Hospital de Loures (único construído de raiz);
- Hospital de Vila Franca de Xira.

As parcerias desenhadas pela EMPS, para os hospitais, assentam num modelo de relação que contempla, não apenas a construção e manutenção da estrutura, mas também a exploração da atividade clínica. Para cada uma destas vertentes é estabelecido um contrato específico entre o Estado (Entidade Pública Contratante – EPC) e os consórcios privados. Assim, numa PPP hospitalar, em Portugal, existem dois tipos de contratos:

- Um contrato para a construção e manutenção das instalações, realizado com uma entidade, após concurso público, que assume a denominação de Entidade Gestora do Edifício (EGED) e que tem uma duração de 30 anos;
- Um contrato para a gestão dos serviços clínicos, realizado com uma entidade, após concurso público, que assume a denominação de Entidade Gestora do Estabelecimento (EGEST) e tem a duração de 10 anos, com uma eventual renovação até um máximo de 30 anos (Contrato de Gestão dos hospitais PPP: Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira).

O facto dos contratos em PPP serem adjudicados através de um concurso público, faz com que este modelo pressuponha a exigência de que os grupos concorrentes sejam competitivos entre si ao apresentarem as melhores propostas perante as necessidades levantadas. Estas propostas estão de acordo com os objetivos definidos para cada unidade, com as necessidades das populações, com os objetivos do SNS relativos à prestação, e com os do Estado, relativos à obtenção de eficiência, eficácia, desempenho e poupança económica (Simões, 2004).

No quadro seguinte, de forma resumida, especificam-se alguns dos aspetos definidos nas PPP na saúde, em Portugal, desde questões conceituais, às contratuais legalmente definidas, bem como o modelo base definido.

Quadro 34 - Definição do modelo de PPP aplicado em Portugal

Modelo de PPP aplicado	DBFOT (<i>Design – Build – Finance – Operate – Transfer</i>) – Contempla a construção, financiamento, manutenção do edifício e ainda a responsabilidade de explorar os serviços clínicos, existindo transferência de propriedade para o Estado no final dos contratos.
Contratos	São estabelecidos dois contratos: - Gestão do edifício com um período de duração de 30 anos; - Gestão dos serviços clínicos com duração de 10 anos (com eventuais renovações por iguais períodos, até um máximo de 3).
Processo	Concurso público, onde se seleciona a melhor proposta (estímulo ao princípio da concorrência).
Modelo de pagamento	Para a EGED é realizado um acordo com os serviços prestados, sendo aplicadas deduções pelo incumprimento das questões previstas inicialmente no contrato; Para a EGEST, o financiamento é realizado em função da produção realizada.
Avaliação e monitorização	Avaliação prévia das necessidades em saúde, para se definir para quais destas os consórcios têm de apresentar soluções.

Fontes: Moreno (2010); Ribeiro (2009); Simões (2004)

Assim, o modelo de PPP adotado na saúde, em Portugal, é de tipo contratual, com base no estabelecimento de um contrato de gestão entre o Estado e o parceiro privado. As atividades desenvolvidas pela entidade privada vão desde a conceção e construção das infraestruturas, até à gestão das unidades hospitalares e à prestação dos serviços clínicos.

Este é um modelo que, segundo Martins (2014, p.25), surgiu como uma "abordagem avançada e complexa de gestão e financiamento do setor, sem paralelo no contexto internacional, com o duplo objetivo de garantir ganhos de saúde para os utentes e ganhos de valor para o erário público". Como tal, o modelo foi considerado por vários autores como sendo inovador, dado que, à data da sua implementação, não existiam experiências semelhantes em outros países (Simões, 2004; Moreno, 2010, p.112-114). Este facto eleva também o grau de risco associado, pois não existe uma base de comparação com outras experiências internacionais.

7.2.2. O processo concursal das PPP na saúde em Portugal

O processo das PPP na saúde, em Portugal, teve como passo determinante a criação da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde, através da Resolução de Conselho de Ministros n.º 162/2001 (Barros, 2010, p.535).

A implementação de uma PPP no setor da saúde implica um conjunto de processos complexos e rigorosos na elaboração do projeto, quer para o Estado, quer para o parceiro privado (Simões, 2010, p.225). Porém, a carga burocrática exigida aos concorrentes ao longo do concurso, com cadernos de encargos bastante exigentes logo na fase inicial da apresentação de propostas, acarreta custos elevados, não só ao setor privado, como para a Entidade Pública Contratante, aumentando também os prazos de avaliação das propostas (Tribunal de Contas, 2009). Frequentemente os concursos das PPP requerem demasiada documentação, que acaba por tornar mais difícil a avaliação das propostas em causa (Marques & Silva, 2008).

A iniciativa e a preparação dos projetos ficam, de um modo geral, a cargo dos ministérios da tutela setorial, sendo neste caso o Ministério da Saúde²⁷. Ao Ministério das Finanças é também solicitada uma avaliação prévia das implicações orçamentais imediatas e futuras do projeto de parceria. Posteriormente à sua aprovação, o Ministério da Saúde pode dar início aos trabalhos, com vista à realização da parceria, recorrendo novamente à participação do Ministério das Finanças na fase prévia à adjudicação. Terminados estes procedimentos, estabelece-se um contrato que é acompanhado e avaliado pela entidade pública proponente (Simões, 2010, p.227).

O processo deverá ter a concurso um número de participantes privados fundamentais à existência de uma concorrência competitiva, sendo que no setor da saúde foi tida também em conta a necessidade de um processo competitivo em todas as fases, sem que isso implique um grande custo para os concorrentes. O procedimento concursal está assim dividido nas seguintes fases: anúncio das propostas; ato público; qualificação; seleção das propostas; negociação; adjudicação e celebração do contrato (Simões, 2004).

²⁷ Atualmente, a condução deste processo é feita primordialmente no Ministério das Finanças

Quadro 35 – Fases do procedimento concursal

Fases do procedimento concursal	
Anúncio das propostas	Apresentam-se as propostas dos concorrentes a concurso
Ato público	É feita a abertura das propostas e analisa-se a idoneidade dos concorrentes, de acordo com os critérios definidos.
Qualificação	Avaliam-se os concorrentes de tendo em conta os critérios técnicos e económico-financeiros definidos.
Seleção de propostas	As propostas são hierarquizadas, de acordo com os critérios de seleção, de forma a serem escolhidos os dois concorrentes para a fase de negociação.
Negociação	Seleciona-se a melhor proposta, após um momento de possibilidade de melhoria das propostas dos dois concorrentes selecionados.
Adjudicação	Aceita-se a proposta do concorrente que consegue o primeiro lugar e aprova-se a minuta negociada.
Celebração do contrato	Cumprem-se as formalidades necessárias à celebração do contrato de gestão

Fonte: Simões (2004)

7.2.3. Custos e tempos associados à aplicação da fase de processo

Um das questões centrais associada ao processo das PPP diz respeito aos custos monetários e temporais que lhe estão implicados, desde o seu lançamento até à assinatura dos contratos (Barros, 2010). Apesar desta morosidade nos projetos não se ter verificado apenas em Portugal, estes atrasos substanciais (sobretudo na fase de avaliação das propostas), foram alvo de referência na auditoria realizada pelo Tribunal de Contas (Tribunal de Contas, 2009).

Para além destas questões, existem também os custos causados à população com o atraso da construção do novo hospital, que ao longo de todo o processo terá de recorrer a unidades hospitalares consideradas desadequadas às suas necessidades (Barros, 2010, p.554).

No entanto, não são apenas os custos e a morosidade do processo os únicos problemas que surgem no decorrer do lançamento das parcerias. O Tribunal de Contas, na auditoria que fez à primeira vaga de PPP na saúde, referiu outras críticas a todo o processo, de entre as quais se destacam:

- a) A existência de falhas ao nível do planeamento setorial (falta de instrumentos estratégicos de planeamento), nomeadamente ao nível das Administrações Regionais de Saúde;
- b) A adoção de um modelo novo e complexo, com ausência de experiências anteriores e de padrões de referência internacionais para eventuais comparações;
- c) O uso do experimentalismo na implementação do processo;

-
- d) A existência de conceitos vagos, bem como de falhas na informação dos concursos, originaram diversos pedidos de esclarecimento que tornaram o processo mais moroso;
 - e) Cadernos de encargos excessivamente detalhados, que implicaram mais tempo na elaboração das propostas da parte do setor privado e uma maior demora na avaliação pelo Estado;
 - f) Falta de clareza na definição dos parâmetros de avaliação das propostas;
 - g) Existência de procedimentos repetitivos e burocráticos;
 - h) Uma fase de negociação final complexa, a qual inclui a aprovação dos projetos de execução;
 - i) O facto do procedimento das Comissões de Avaliação de Propostas ser sujeito à aprovação dos trabalhos elaborados pelos consultores externos (Tribunal de Contas, 2009).

Contudo, esta avaliação feita pelo Tribunal de Contas diz respeito ao início das parcerias e, como tal, não deverá ser o reflexo do sucesso das PPP na saúde na sua totalidade. Destas observações pode constatar-se que o Estado não teve uma preparação suficiente para lidar com este processo, tendo havido no entanto uma aprendizagem que se refletiu nas seguintes fases.

Deste modo, o processo de lançamento de um novo hospital em regime de parceria público-privada passou a compreender as seguintes etapas:

- a) Identificação da unidade hospitalar a construir;
- b) Lançamento do processo pela Estrutura de Missão Parcerias.Saúde;
- c) Definição das características do hospital;
- d) Conceção do programa funcional;
- e) Tomada de decisão pela parceria;
- f) Elaboração da proposta ao Ministro da Saúde;
- g) Lançamento do concurso;
- h) Avaliação das propostas;
- i) Adjudicação e assinatura do contrato da parceria (Simões, Barros, Silva, Temido, & Valente, 2009; Barros, 2010, p.553).

As estruturas de apoio aos processos de formulação de PPP também foram sujeitas a alterações na sua gestão, a partir de meados de 2005. Até essa data, a EMPS era a principal responsável na ligação ao Ministério das Finanças, bem como pela contratação dos trabalhos de consultoria para apoiar as comissões. Com as alterações que se verificaram, foram integrados nas Comissões de Avaliação e de Acompanhamento elementos da Direção-Geral da Saúde (DGS) e da Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (DGIES). As ARS vieram também a ser integradas na Comissão de Avaliação de Propostas, mas apenas no ano 2007 (Tribunal de Contas, 2009).

Para além das medidas referidas, foram ainda tomadas outras a partir de 2007, pela EMPS, com fim à correção de lacunas no decorrer das fases processuais, que se apresentam no quadro seguinte.

Quadro 36 – Conjunto de ações concretizadas pela EMPS para melhoria do processo de PPP na saúde

Ações para melhoria do Programa de Parcerias na Saúde
<ul style="list-style-type: none">• Simplificação dos cadernos de encargos, com uma menor exigência de alguns detalhes do projeto.• Possibilitar um maior controlo dos organismos centrais da saúde nos processos das parcerias, de modo a garantir o cumprimento da política e das diretrizes da tutela.• Dotar a EMPS de maior poder de intervenção e de controlo através do reforço do seu quadro técnico.• Promover a participação das ARS nas Comissões de Avaliação de Propostas

Fonte: Tribunal de Contas (2009)

De um modo geral, verificou-se que o processo de lançamento das PPP foi demorado e sofreu alterações para a sua melhoria. Estas falhas revelaram uma capacidade técnica insuficiente por parte do setor público, nomeadamente pelas ARS, apesar de ter sido criado um gestor de contrato para acompanhar o processo da parceria (Campos & Simões, 2011, p.211).

O programa de parcerias público-privadas para a saúde tinha inicialmente por objetivo o lançamento de dez hospitais em regime de PPP, divididos em duas vagas distintas. Para além destas parcerias foram também estabelecidas uma para o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul e outra para ao Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (Campos & Simões, 2011, p.208, 209, 211, 213).

Quadro 37 – Programa de parcerias hospitalares previsto para Portugal

PPP em Saúde	
Primeira vaga de PPP	Segunda vaga de PPP
Hospitais de substituição Braga Cascais Vila Franca de Xira	Hospitais de substituição Algarve Évora Guarda Póvoa do Varzim/Vila do Conde Vila Nova de Gaia
Novos hospitais Loures Sintra	

Fonte: Simões (2004)

Como foi referido anteriormente, os prazos definidos para as PPP hospitalares não foram cumpridos, tendo havido uma derrapagem nos prazos do programa de PPP para a saúde. Dos quatro contratos que deveriam estar em fase de construção em 2006, nenhum estava definitivamente construído a essa data. Apenas no ano 2008 se deu início à construção do Hospital de Cascais. Deste modo, em 2010 (nove anos após o início do planeamento dos projetos e do anúncio público das parcerias e da criação da EMPS), apenas esta unidade hospitalar²⁸ tinha sido inaugurada, na totalidade dos dez hospitais anunciados para ambas as fases (Moreno, 2010, p.113).

Durante este tempo foram realizados vários estudos, tendo o Estado gasto muito dinheiro com consultorias e concluído que o modelo escolhido não era o mais favorável devido aos custos de gestão e monitorização que acarretava. Como tal, o Governo altera o modelo da segunda vaga de PPP, direcionando-o para a construção das infraestruturas, ficando os serviços clínicos sob a alçada do setor público (Moreno, 2010, p. 114).

A segunda vaga de PPP foi anunciada pelo XV Governo Constitucional e incluía cinco projetos de hospitais de substituição para as unidades de Évora, Guarda, Faro, Póvoa do Varzim/Vila do Conde e Vila Nova de Gaia (Campos & Simões, 2011, p.209).

Nesta fase houve uma preocupação com a criação de um quadro legal adequado que possibilitasse que um novo período de projetos ocorresse de forma célere. Posteriormente, em 2003, deu-se início ao lançamento dos projetos para as unidades hospitalares e, em

²⁸ Pouco tempo após a assinatura do contrato de concessão do novo Hospital de Cascais, foi realizada uma renegociação relacionada com o pagamento dos medicamentos para tratamentos oncológicos e com a prestação de cuidados em ambulatório a doentes com VIH/SIDA, não previstos no contrato inicial (Moreno, 2010, p.113-114).

simultâneo, as parcerias foram também abertas a outros projetos como o Centro de Atendimento do SNS²⁹ (criação da Linha de Saúde 24) e o Centro de Medicina Física de Reabilitação do Sul (que incluía a sua gestão e operacionalização) (Simões, 2010, p.216).

Com a mudança de Governo, em 2005, houve uma reformulação dos projetos de PPP na saúde, tendo sido privilegiado um modelo de PPP semelhante ao do Reino Unido, contemplando apenas a construção e manutenção do edifício, sem incluir a prestação de serviços clínicos. Este modelo foi implementado em 2006, na preparação dos trabalhos para o Hospital de Todos-os-Santos, em Lisboa, e para o Hospital Central do Algarve. Os concursos para estas parcerias foram lançados em 2008 (Simões, 2010, p.217, 229).

Em 2007, as unidades hospitalares previstas para a segunda vaga de PPP na saúde incluíam as unidades hospitalares apresentadas no quadro seguinte, por ordem de prioridade.

Quadro 38 – Unidades de PPP previstas para a segunda vaga, por ordem de prioridade

Segunda vaga de PPP nos hospitais
<ul style="list-style-type: none">• Hospital de Todos-os-Santos• Hospital de Faro• Hospital do Seixal• Hospital de Évora• Hospital de Vila Nova de Gaia• Hospital da Póvoa do Varzim/Vila do Conde

Fonte: Despacho n.º 12891/2006, de 31 de maio

O Despacho n.º 12891/2006, de 31 de maio, refere que os investimentos hospitalares da segunda vaga de PPP irão assentar num modelo de concurso mais simplificado e eficaz, que assegure os três seguintes objetivos:

- Possibilite menores custos de investimento no concurso para o setor privado;
- Permita a agilização das fases de avaliação das propostas, por parte dos avaliadores públicos;
- Tenha como base uma articulação institucional eficaz entre as várias entidades públicas que intervêm nas várias fases do processo.

²⁹ O Centro de Atendimento do SNS presta serviços em três áreas a nível nacional: triagem, aconselhamento e encaminhamento por parte de um profissional de saúde; acesso a um profissional de saúde para obter esclarecimentos de saúde pública e informação de saúde geral.

No entanto, no que diz respeito à capacidade em atrair candidatos para o concurso de parcerias público-privadas para novos hospitais, pode dizer-se que este foi bem-sucedido, tendo havido entre quatro a seis participantes nos concursos lançados (Barros, 2010, p.546).

7.2.4. Monitorização, acompanhamento e controlo no desenvolvimento dos projetos PPP no setor da saúde

A monitorização e controlo da execução das parcerias cabe ao Estado, que tem por função salvaguardar o interesse público. Para este efeito, são criadas comissões de acompanhamento durante o período do projeto, que se mantêm após o procedimento concursal e a respetiva adjudicação. Entre outras atividades, estas unidades de acompanhamento devem:

- Salvar o estrito cumprimento das funções de cada uma das entidades;
- Verificar a ligação entre as entidades envolvidas (EPC; EGED e EGEST);
- Elaborar relatórios sobre as atividades hospitalares (Simões, 2004).

Dada a complexidade desta relação entre os setores público e privado, para um acompanhamento proximal e organizado, encontra-se prevista a criação de comissões conjuntas, constituídas por representantes de ambas as entidades envolvidas. A principal função destes grupos é o de:

- Elaborar propostas de alterações ao contrato de gestão;
- Executar revisões pontuais dos contratos;
- Alterar a estrutura/edifício;
- Propor medidas para melhorar os resultados, em função dos contratos estabelecidos (artigo 69º, Decreto Regulamentar n.º 14/2003 de 30 de junho).

A comissão conjunta “tem unicamente poderes para fazer recomendações às partes e não lhe cabe qualquer poder para a tomada de decisões relativas à execução, modificação ou extinção do contrato de gestão” (artigo 69, nº4, do Decreto Regulamentar n.º 14/2003 de 30 de junho). Contudo, o mesmo número do referido documento legal destaca que a comissão “tem direito de acesso a toda a documentação e a todos os registos relativos a quaisquer operações relacionadas com as atividades objeto do contrato de gestão”. As competências desta comissão estão listadas no quadro 39.

Quadro 39 – Principais funções da Comissão Conjunta

Competências da Comissão Conjunta	Participar na elaboração das propostas para fixar a produção prevista, rever os serviços de apoio e alterar aspetos do edifício.
	Acompanhar a execução das atividades que são objeto do contrato de gestão.
	Indicar medidas a adotar para melhorar o desempenho das atividades constantes no contrato de gestão.

Fonte: Decreto-Regulamentar n.º14/2003, de 30 de junho

O acompanhamento e a avaliação dos contratos estão definidos legalmente. O capítulo III do Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril, diz respeito à fiscalização e ao acompanhamento das parcerias. Em matéria económico-financeira, está definido que esta deverá ser executada por uma entidade ou serviço, indicado pelo Ministro das Finanças. Para as restantes fiscalizações e controlos (mais específicas do setor) deverá ser nomeada uma entidade pelo Ministério da Saúde. O mesmo documento legal refere ainda que estes ministérios são igualmente responsáveis pela divulgação dos conhecimentos necessários pelas entidades que realizam o acompanhamento, estimulando também uma colaboração entre as mesmas (Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril).

O quadro normativo legal regulamenta para os projetos hospitalares em curso, que a Entidade Pública Contratante nomeie uma comissão de acompanhamento permanente, de forma a garantir o cumprimento do contrato e a qualidade dos serviços prestados (Decreto Regulamentar n.º14/2003, de 30 de junho). Esta comissão é constituída após a adjudicação do contrato de gestão, devendo fazer parte do seu núcleo central os elementos da Entidade Pública Contratante que acompanharam o processo, nomeadamente ao nível da negociação com o parceiro privado (Simões, 2004). As principais funções desta comissão de acompanhamento permanente estão representadas no quadro 40.

Quadro 40 – Principais funções da Comissão de Acompanhamento Permanente das parcerias

Funções da Comissão de Acompanhamento Permanente	Averiguar a execução das atividades principais e acessórias das entidades gestoras.
	Assegurar a relação entre a Entidade Pública Contratante e as entidades gestoras.
	Realizar relatórios periódicos sobre a atividade do hospital para dar conhecimento à Entidade Pública Contratante.

Fonte: Decreto-Regulamentar n.º14/2003, de 30 de junho

No âmbito do Ministério da Saúde, o acompanhamento e a avaliação global das parcerias foi entregue inicialmente à Estrutura de Missão Parcerias.Saúde. Contudo, o Decreto-Lei n.º 234/2008, de 2 de dezembro, veio estabelecer a integração das funções desempenhadas pela

EMPS na ACSS. Todavia, a aplicação da legislação visada no documento não foi imediata, pois perante os processos de parcerias em curso, entendeu-se indispensável manter a EMPS, para não comprometer os trabalhos feitos até àquela data. No ano de 2011, a publicação do Despacho n.º 1324/2011, de 14 de janeiro, ultimou a decisão de passar as obrigações contratuais da EMPS para a ACSS.

No Ministério das Finanças, desde 2012 que o acompanhamento global das PPP é assegurado pela Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP), sendo esta uma entidade dotada de autonomia administrativa, sob a tutela do Ministério das Finanças (artigo 35.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio), sem prejuízo das restantes entidades continuarem a executar as suas funções no acompanhamento e fiscalização.

Esta unidade tem por objetivo identificar e avaliar os diferentes modelos passíveis de ser adotados (E.P.E ou PPP), dando apoio à decisão, de renovação ou não renovação. Com base em estudos que contribuam para uma avaliação rigorosa do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, a UTAP pretende ajudar a definir, em cada caso, qual a opção que melhor prossegue os interesses públicos (Despacho n.º 8300/2016, de 27 de junho).

7.2.5. A gestão, coordenação, o acompanhamento e a avaliação das PPP existentes

De modo a levar a termo a longa relação contratual estabelecida numa PPP e para que o setor público alcance os benefícios expectados, é importante mais do que assegurar o acompanhamento e a monitorização, fazer uma gestão proativa por parte da Entidade Pública Contratante. Como tal, a fase de gestão do contrato é parte fundamental para o sucesso da parceria e da obtenção de benefícios por ambos os parceiros, público e privado (Simões, 2004).

Assim, é necessário um bom conhecimento técnico para a gestão dos contratos PPP, dado que o modo de funcionamento é diferente do habitual, o que por vezes não se verifica com facilidade no setor público. Como tal, para garantir que o Estado tenha as competências técnicas para acompanhar e gerir os contratos, foi recomendada a criação de uma equipa constituída por elementos da administração pública com uma capacidade técnica elevada.

Para além desta equipa, que deverá estar no Ministério da Saúde, é também fundamental ter uma rede de gestores dos contratos de PPP, no respeitante à construção e operação dos hospitais (Barros, 2013, p.277).

A gestão e o acompanhamento dos contratos são afetos ao Ministério da Saúde, através da figura da Entidade Pública Contratante (no caso, a Administração Regional de Saúde) e por nomeação de um Gestor do Contrato. Esta figura representante do Estado tem ao seu lado uma equipa de apoio, sendo esta constituída particularmente por elementos da ARS que estão diretamente envolvidos no processo de contratualização, no caso da inclusão da componente clínica (Simões et al., 2009).

Quadro 41 – Funções atribuídas ao Gestor do Contrato

Funções do Gestor do Contrato	Estabelecer a ligação entre as Entidades Gestoras e a Entidade Pública Contratante
	Definir os instrumentos do acompanhamento
	Criar um modelo de acompanhamento
	Empenhar-se na prevenção de problemas
	Diagnosticar áreas com maior risco de incumprimento
	Prover os meios mais ajustados para o acompanhamento e monitorização dos contratos

Fonte: Simões et al. (2009)

A Entidade Pública Contratante representa o Estado, através das Administrações Regionais de Saúde. Esta entidade é responsável por realizar inspeções e auditorias e por acompanhar e avaliar a execução da parceria (Despacho n.º 5986/2008, de 4 março; Despacho n.º 734/2009, de 12 de janeiro; Despacho n.º 20975/2009, de 18 de setembro). Para além disso, fornece dados sobre a execução dos contratos à Administração Central do Sistema de Saúde que por sua vez reporta os dados económico-financeiros à Direção Geral do Tesouro e Finanças (até 2012) e à UTAP (a partir de 2012), que redigem relatórios sobre os encargos públicos com as parcerias³⁰ (Tribunal de Contas, 2013).

O acompanhamento da execução orçamental de acordo com Simões (2004), é essencial para que o setor público possa avaliar se retira os benefícios esperados, ou se existem desvios significativos.

³⁰ Para além da informação sobre os montantes de investimento, estes relatórios analisam a evolução dos custos incorridos globalmente para o Estado e estimam os encargos futuros, tendo por base os valores quantitativos dos casos base (Tribunal de Contas, 2013).

A estrutura de gestão dos contratos das parcerias, apresentada no quadro seguinte, resulta das diversas representações do Estado.

Quadro 42 – Estrutura geral da gestão dos contratos de PPP na saúde

Entidade Pública Contratante	É a entidade que representa o Estado.
Ministério da Saúde	É o representante da Entidade Pública Contratante, ou seja, é a entidade que intervém pelo Estado.
Administração Regional de Saúde	Este organismo, através de uma delegação das funções contratuais do representante da Entidade Pública Contratante (Ministério da Saúde), desempenha as funções de: - Fiscalização, monitorização e controlo de execução das PPP.
Gestor do Contrato	Nomeado pela ARS para exercer as funções atribuídas à Entidade Pública Contratante. Cabe ao gestor do contrato: - Verificar o comportamento das obrigações por parte da Entidade Gestora; - Estabelecer o ponto de ligação entre a Entidade Pública Contratante e a Entidade Gestora; - Elaborar relatórios periódicos sobre a atividade e o desempenho das Entidade Gestora.

Fonte: Tribunal de Contas (2013)

A avaliação externa dos processos das PPP é em grande medida realizada pelo Tribunal de Contas, que realiza um controlo financeiro externo sobre as PPP, sendo que o objetivo central da sua atuação passa por avaliar o enquadramento financeiro das parcerias dentro dos limites da capacidade orçamental do Estado, em nome do cumprimento de uma gestão financeira eficiente dos fundos públicos. Para este fim, o Tribunal de Contas, no âmbito das suas funções de auditoria às PPP, tem por base um conjunto de normas da INTOSAI (International Organisation of Supreme Audit Institutions, da qual o Tribunal de Contas é membro) (António, 2014; Cabral, 2009, p.215).

A ação do Tribunal de Contas, segundo Cluny (2011), contempla por norma duas fases:

- Primeira fase - analisa e avalia se foi salvaguardado o interesse público (se foi a opção menos dispendiosa e se gerou *value for money*) nos procedimentos constantes do processo de formulação do contrato;
- Segunda fase - Acompanha a execução financeira no decurso dos contratos, ao longo da parceria.

A Entidade Reguladora da Saúde, de acordo com os seus estatutos (Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto), poderá intervir nas instituições de saúde em diversas áreas de avaliação, incidindo a sua intervenção junto das PPP ao nível de:

-
- a) Controlo dos requisitos de funcionamento, assegurando o seu cumprimento no exercício da atividade (artigo 11.º);
 - b) Garantia de acesso aos cuidados de saúde (nos termos da Constituição e da lei), prevenindo e punindo as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde (artigo 12.º);
 - c) Defesa dos direitos dos utentes, apreciando as suas queixas e reclamações e monitorizando o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas (artigo 13.º);
 - d) Garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade (artigo 14.º);
 - e) Regulação económica, elaborando estudos e emitindo recomendações sobre as relações económicas (artigo 15.º).

Uma forma também importante de avaliar o desempenho dos operadores privados numa PPP é ter em conta a opinião dos destinatários e utentes dos serviços e das infraestruturas. Assim, está prevista a designação, aquando do início das atividades clínicas, de um delegado do utente. Este tem a missão de reunir informação, sugestões, recomendações e queixas dos utentes, levantando questões, emitindo recomendações e procurando a aplicação da resolução das mesmas junto das entidades gestoras. Além disso, existe ainda o acompanhamento e a avaliação da Entidade Reguladora da Saúde (Simões, 2004).

Para além das avaliações públicas, o caderno de encargos prevê a apresentação de documentos e relatórios de contas anuais às entidades públicas. Como sociedades anónimas que são, as entidades gestoras são obrigadas a elaborar os relatórios de gestão, os balanços e as demonstrações de resultados, nos termos do Código das Sociedades Comerciais e do Plano Oficial de Contabilidade. O caderno de encargos-tipo prevê também a entrega dos relatórios de contas anuais das entidades gestoras, à Entidade Pública Contratante (Simões, 2004).

Sempre que nas sucessivas avaliações, por qualquer uma das entidades, se verifique que não estão reunidas as condições adequadas de acesso e segurança, quer ao nível do edifício (que implica prejuízo no cumprimento de todo o contrato, pois pode limitar a atividade da EGEST) quer ao nível prestação de cuidados, são aplicadas penalizações. Nestes casos, segundo o contrato tipo estabelecido com as parcerias, o montante a deduzir por falhas de disponibilidade e de serviço é no máximo 10% da remuneração total anual base da EGED,

não podendo a soma das deduções ultrapassar a remuneração base anual (números 4 e 5, clausula 107ª dos Contratos de gestão das unidades de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira). Seguidamente é apresentado um quadro resumo das principais entidades envolvidas e dos seus respetivos papéis ao nível da fiscalização.

Quadro 43 – Entidades intervenientes no acompanhamento e avaliação das parcerias em saúde

Entidade	Funções
Comissão de Acompanhamento Permanente	Assegurar o cumprimento das obrigações a que se vincularam as sociedades gestoras; Assegurar a ligação quotidiana entre as entidades gestoras e a Entidade Pública Contratante; Configurar a relação entre as duas entidades gestoras e o parceiro público; Proceder à elaboração de relatórios periódicos sobre a atividade do hospital, a enviar à Entidade Pública Contratante.
Comissão Conjunta	Intervir na elaboração das propostas cuja adoção se traduza na modificação do contrato de gestão (propostas de fixação da produção prevista, de revisão de especificações de serviços de apoio e de realização de alterações substanciais ao edifício); Acompanhar a execução corrente das atividades que são objeto do contrato de gestão; Propor a adoção de medidas, tendo em vista a melhoria no desempenho das atividades que são objeto do contrato de gestão.
EMPS (substituída pela UTAP)	Supervisionar e coordenar as fases de processo de formulação das parcerias; Assegurar o acompanhamento, o controlo e a avaliação das PPP na saúde.
Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos	Desenvolver e acompanhar os processos das PPP; Prestar apoio técnico especializado ao Governo, ao Ministério das Finanças e às entidades públicas, em matéria de gestão dos contratos das parcerias; Promover ações de formação; Participar na preparação, no desenvolvimento, na execução e no acompanhamento global dos processos referentes às PPP.
Delegado do Utente	Receber e conduzir as queixas, reclamações e sugestões do utente; Emitir relatórios e recomendações para as entidades gestoras.
Entidade Reguladora da Saúde	Garantir o cumprimento dos termos presentes na Constituição da República Portuguesa, referentes ao setor da saúde; Garantir a equidade no acesso aos cuidados de saúde; Responsabilidade pelas ações disciplinares (medidas ou sanções), por desrespeito dos princípios do SNS.
Tribunal de Contas	Função consultiva, dotada de um cariz técnico e político, pronunciando-se sobre a Conta Geral do Estado; Função de fiscalização preventiva, que assenta na legalidade administrativa e na adequação financeira das despesas públicas; Função de fiscalização jurisdicional, dado que elabora verdadeiros julgamentos sobre as contas públicas no final de cada ano civil.

Fonte: Contratos de gestão dos Hospitais de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira; Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro; Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 maio; Decreto-Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de junho; Lei n.º 98/97, de 26 de agosto; Lei n.º 67/2003, de 28 de agosto; Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto

7.2.6. O processo de renegociação de contratos PPP no setor da saúde

A renegociação contratual, logo após o seu início, tem sido um dos problemas registados nas parcerias (Guash, 2004, p.33). Contudo, apesar da renegociação ser frequentemente vista como prejudicial, pode também ser benéfica quando usa de um maior conhecimento adquirido, entretanto, conferindo assim maior eficiência à parceria (Barros, 2010, p. 550). Dada a longevidade dos contratos é difícil que as transações não tenham que passar por processos de renegociação (Azevedo, 2008). Assim, as renegociações são também necessárias com o decorrer do tempo e, como tal, o Estado terá benefícios se empreender uma boa política de renegociação (Banco Mundial, 2012).

O pedido de renegociação pode ser feito devido a causas imprevistas na elaboração do contrato, ou por um motivo de interesse de uma das partes, para benefício próprio (Barros, 2013, p. 276). Para além disso, caso se verifique ao longo do processo que um dos setores tem uma maior capacidade de minimizar certo tipo de risco, a renegociação poderá servir para uma realocação desse risco (Pereira, 2014).

Ao contrário do que acontece quando existe um ajuste nos pagamentos, que é feito dentro dos mecanismos do contrato, uma renegociação implica uma mudança nos seus termos contratuais definidos originalmente (International Transport Forum, 2017, p.59).

Dada a longevidade dos contratos das parcerias, não é possível prever com rigor as regras futuras, as alterações passíveis de serem realizadas, ou ainda, especificar aspetos a serem introduzidos. Estas são, habitualmente, as situações que consubstanciam as renegociações como um instrumento de ajustamento dos contratos das parcerias. Assim, perante esta imprevisibilidade futura, é conveniente antecipar a renegociação dos contratos e estabelecer regras para as mesmas, permitindo um aumento da eficiência dessas parcerias, dando resposta a todas as novas situações que surjam (Barros, 2013, p.276). Contudo, quando a renegociação é feita imediatamente após a realização do contrato, pode indicar que este não foi bem elaborado. O facto de a negociação ser feita apenas entre a entidade privada e o Estado, sem um ambiente concorrencial, pode trazer riscos para o Estado (Firmino, 2014; Pereira, 2014).

Existem frequentemente adaptações tecnológicas e científicas nos hospitais. Qualquer um dos parceiros, seja o Estado ou o consórcio, pode sugerir a introdução de novos tratamentos perante novas doenças, ou de uma inovação tecnológica que se considere fundamental para o tratamento de determinada patologia, ou melhore a qualidade de vida dos cidadãos. Deste modo, não seria possível prever os preços dessas prestações futuras no momento da assinatura do contrato, nem quais as áreas de desenvolvimento científico em causa. Assim, o decurso de uma proposta de implementação deste tipo deve ser acompanhada de um cálculo dos custos associados à mesma e de uma solução que os contemple (Barros, 2010, p.551-552).

O desafio de uma boa negociação consiste em conseguir melhorar simultaneamente o valor da parceria para ambas as partes e inclusivamente os utilizadores do serviço provido (International Transport Forum, 2017, p.59). Contudo, a renegociação não deve ser algo frequente nos contratos, devendo fazer-se uso da mesma de forma ponderada apenas em casos prioritários nos quais, mantendo a parceria atraente para ambos os parceiros, esta traga benefícios para o cidadão³¹ dentro do *value for money* considerado adequado para sustentar o princípio da boa utilização de recursos públicos (Barros, 2010).

Como tal, é tão importante conseguir uma boa renegociação, como evitá-la. Quando a renegociação se torna numa rotina das PPP, isso indicia que os contratos não são suficientemente robustos, ou que existe tolerância para com comportamentos oportunistas. Assim, deverá ser criada uma política bem definida que permita as renegociações apenas em situações excecionais (International Transport Forum, 2017, p.9). A renegociação, além de ser por norma mais lesiva para o Estado (Barros, 2010), deve ser também evitada por uma questão de concorrência (Barros, 2010; Guasch, Laffont, & Straub, 2008).

A renegociação de contratos não é muito habitual no setor da saúde. A nível internacional esta é mais aplicada sobretudo nos setores dos transportes, saneamento e fornecimento da água, sendo que na maioria das vezes, segundo (Guasch, 2004), ocorre pouco tempo depois da assinatura dos contratos. De acordo com Barros (2010), no caso português, as renegociações referidas pelo Tribunal de Contas resultaram em encargos extraordinários para o Estado.

³¹ A este respeito, Barros (2010) distingue renegociações originadas por situações não antecipadas (previstas), onde existe benefício para a população, de renegociações oportunistas (questões económicas e financeiras por uma das partes).

8. OPÇÕES METODOLÓGICAS

8.1. Avaliação da eficiência e da produtividade

A avaliação da eficiência das mais variadas atividades económicas tem sido uma importante prática desenvolvida ao longo das últimas décadas no campo da investigação da economia, gestão e investigação operacional (Forsund, 2018). Contudo, a importância desta avaliação é reconhecida desde os anos 50, bem como o seu interesse para a formulação de políticas económicas (Farrel, 1957). No caso particular do setor hospitalar, foram muitos os estudos sobre eficiência publicados nos últimos anos (Czypionka, Kraus, Mayer, & Röhring, 2014).

8.1.1. Metodologias usadas para apurar a eficiência

A avaliação da eficiência entre instituições, tem sempre presente um termo comparativo entre as mesmas, denominado por fronteira, daí que seja necessário usar o mesmo modelo, com as mesmas condições e considerando os mesmos *inputs* e *outputs* (Bowlin, 1998).

O interesse no estudo da eficiência levou ao desenvolvimento de uma classe de modelos conhecidos como técnicas de estimação de fronteira (Bryce, et al., 2000). Este conceito de fronteira surge na sequência da avaliação de um conjunto de unidades, que permite a identificação daquelas que apresentam melhores resultados. Esses valores são considerados como uma fronteira com a qual as restantes unidades devem ser comparadas. Deste modo, é feita uma análise de *benchmarking* com recurso a uma metodologia dotada de uma sólida base económica (Solà & Prior, 2001).

A seleção das metodologias para avaliar a eficiência deve ter em conta o objeto de estudo, a realidade a trabalhar e os dados disponíveis para o mesmo. A revisão da literatura permite converter a multiplicidade de técnicas de avaliação de eficiência, no setor da saúde, a dois modelos: *Stochastic frontier analysis* (SFA) (método paramétrico e estocástico) e *Data Envelopment Analysis* (DEA) (método não paramétrico e determinístico), que, segundo Vasquez (2012), são as técnicas mais relevantes para este efeito.

Assim, a DEA e a SFA são métodos de fronteira que se baseiam em conceitos económicos sólidos e que permitem fornecer informações úteis e evidentes para os prestadores de serviço, na comparação da eficiência. Ambos são das metodologias mais usadas para estudar a eficiência nos serviços de saúde nas últimas três décadas, havendo mais de 400 publicações recorrendo ao uso dos mesmos (Hollingsworth, 2016, p.99).

Para compreender a base de construção de cada um dos modelos, optou-se por defini-los de forma esquemática.

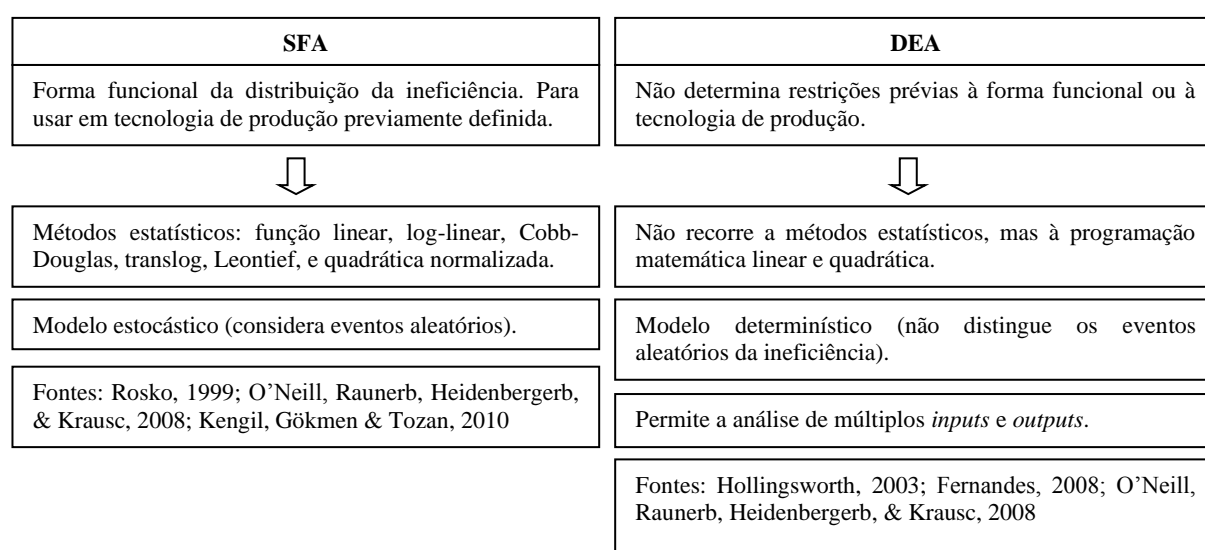


Figura 4- Avaliação da eficiência com recurso aos modelos SFA vs DEA

Fonte: Fernandes, 2008; Hollingsworth, 2003; Kengil, Gökmen e Tozan, 2010; O'Neill, Raunerb, Heidenbergerb, e Krausc, 2008; Rosko, 1999.

Deste modo, as diferentes técnicas de análise desenvolvidas para estimar as fronteiras de custo e produção e a ineficiência das organizações, podem ser divididas em duas grandes categorias, sendo estas as metodologias com métodos paramétricos e não paramétricos (Arocena & García-Prado, 2007).

Os métodos paramétricos usam técnicas econométricas para estimar parâmetros de uma forma funcional específica de custo ou produção (Jacobs et al., 2006, p.12), sendo que estes modelos têm uma melhor aplicação em indústrias com tecnologias bem definidas, de modo a minimizar o risco de falta de especificidade (Bryce et al., 2000). Os métodos não paramétricos não colocam condições na forma funcional e usam os dados empíricos para inferir a fronteira

de eficiência. A sua forma mais frequente de uso é análise de fronteira estocástica (SFA) (Jacobs et al., 2006, p.12).

Nos pontos seguintes são apresentadas as características mais relevantes de cada metodologia, sendo dado maior destaque à DEA, que foi aplicada no presente estudo.

8.1.2. Metodologia Stochastic frontier analysis

A abordagem paramétrica (SFA) envolve a definição de uma forma funcional para a fronteira de produção e recorre a métodos estatísticos para estimar os coeficientes da função de produção (Gholami, Higón, & Emrouznejad, 2015). A SFA admite que a produção seja afetada pela aleatoriedade, bem como pela ineficiência (Bryce et al., 2000).

Contrariamente à DEA, a avaliação da eficiência com recurso ao modelo SFA é determinada pelo prévio conhecimento da função de produção da DMU em estudo e de todos os preços associados aos consumos (*inputs*) e aos resultados (*outputs*). O facto de a DEA não obrigar a este requisito, faz com que esta seja mais usada na maioria das análises de desempenho a organizações que não têm como principal objetivo o lucro. No entanto, é mais sensível do que a SFA relativamente a dados errados e a *outliers*, apesar de existirem já trabalhos que encontram formas de precaver esse aspeto (Vasquez, 2012).

O facto desta técnica considerar uma hipótese mais restritiva pode ser vantajoso na medida em que permite identificar o ruído estatístico (Arocena & García-Prado, 2007). Contudo, uma possível elaboração incorreta da forma funcional para o processo de produção é uma das potenciais desvantagens deste método (Gholami, Higón, & Emrouznejad, 2015).

Na literatura sobre a análise da eficiência hospitalar, a abordagem paramétrica mais usada é a representação estocástica da função custo-tecnologia. Esta abordagem requer a suposição de um comportamento de minimização de custos e que o preço dos *inputs*, bem como os dados sobre os custos, estejam disponíveis. Uma abordagem paramétrica alternativa a este modelo é a estimativa das funções de distância dos *inputs/outputs*, que não requiere nenhum dos requisitos referidos anteriormente (Arocena & García-Prado, 2007).

O cálculo de uma fronteira de produção através da técnica SFA implica que todos os *outputs* possam ser agregados, com significado, numa única medida. Contudo, no âmbito da saúde, em que os *outputs* normalmente usados são heterogéneos, esta questão pode ser problemática. Assim, de modo a possibilitar a modelação de múltiplos *outputs*, dado que os custos podem ser facilmente agregados em uma única medida (usando a mesma unidade monetária), geralmente os investigadores recorrem à estimação dos custos em vez das fronteiras de produção (Hollingsworth, 2016, p.105).

8.2.2. Metodologia *Data Envelopment Analysis*

A DEA é uma ferramenta metodológica matemática que recorre à programação linear para procurar combinações ótimas de *inputs* e *outputs*, com base nos desempenhos reais das unidades em estudo (Ozcan & Luke, 1993; Ozcan, 2017, p.318).

Os modelos matemáticos a que a DEA recorre conseguem lidar com um grande número de variáveis e restrições. Esta metodologia torna menos rígidos os requisitos que são frequentemente encontrados quando a escolha de *inputs* e *outputs* se encontra limitada, dada a dificuldade de outras técnicas ao trabalhar com os mesmos (Cooper et al., 2007, p.2). Assim, recorrendo a técnicas de programação matemática, os dados são comparados entre si para determinar a eficiência e as observações mais eficientes são usadas para construir a fronteira de eficiência (Gholami, Higón, & Emrouznejad, 2015). Os modelos matemáticos, ao serem colocados como base de uma ferramenta de controlo e avaliação, servem de apoio ao planeamento de atividades futuras. Deste modo, através da DEA é possível colocar uma base matemática ao serviço da produção e da economia (Banker, Charnes, & Cooper, 1984).

A DEA foi apresentada pela primeira vez em 1978, através dos trabalhos desenvolvidos por Charnes, Cooper e Rhodes (1978). Contudo, o seu primeiro modelo, conhecido como CCR (em homenagem às iniciais dos sobrenomes dos seus criadores), era limitado, pois considerava as variáveis numa escala de rendimentos constantes à escala (CRS), ou seja, considerava que os resultados (*outputs*) variavam na mesma proporção dos *inputs*.

Seis anos mais tarde, com os trabalhos de Banker, Charnes, e Cooper (1984) surgiu o modelo BBC (iniciais, que à semelhança do modelo CCR, foram atribuídas devido aos nomes dos

seus autores) baseado numa escala de rendimentos variáveis à escala (VRS), ou seja, considerando que os resultados (*outputs*) não variam na mesma proporção dos recursos (*inputs*).

A reformulação do modelo base alargou o leque de aplicações da DEA a vários setores de atividade (Emrouznejad & Yang, 2018).

Quanto à orientação a dar à avaliação da eficiência técnica com recurso à DEA, esta poderá ser feita para o *input* ou para o *output*, consoante o pretendido em cada caso. Assim, é possível optar pela minimização dos *inputs* (obtenção de um determinado nível de *outputs* reduzindo previamente os *inputs*), ou pela maximização dos *outputs* (obtenção do maior nível de *outputs* usando uma determinada quantidade de *inputs*) (Jia & Yuan, 2017).

Numa primeira fase da aplicação do modelo DEA é calculado o vetor de *inputs* de minimização de custos para cada unidade hospitalar, dado um determinado conjunto de variáveis (*inputs* e *outputs*). Seguidamente, é medida a eficiência como a razão entre o custo mínimo e o observado, sempre em função da maximização da produção. Os valores observados oscilam entre 0 e 1, sendo que 1 indica a unidade hospitalar mais eficiente (Nedelea & Fannin, 2017).

No final do processo de avaliação, as unidades (DMUs) que atingem *score* 1 (100%) de eficiência são consideradas eficientes, enquanto que as restantes DMUs com pontuações de eficiência abaixo são consideradas ineficientes. Esse resultado advém da distância radial da fronteira de produção estimada até à DMU que se encontra em avaliação (Andersen & Petersen, 1993). As DMUs com *scores* de 1 calculadas desta forma produzem a eficiência de fronteira, na qual estão localizadas as DMUs ótimas de Pareto (Czypionka et al., 2014). A DEA fornece assim uma classificação de eficiência de unidades ineficientes (Andersen & Petersen, 1993). Além disso, para cada uma das unidades consideradas ineficiente, o método aplicado pela DEA identifica um conjunto de referências eficientes que podem ser usadas como forma de melhoria através do estabelecimento de um *benchmarking* (Lee & Kim, 2014).

Como se trata de um método não-paramétrico, a DEA não exige especificidades em termos de forma funcional e de distribuições de probabilidade, o que minimiza o risco de erro de

especificação das variáveis (Nedelea & Fannin, 2017). Esta é uma das vantagens desta metodologia. No quadro seguinte apresentam-se, segundo a literatura, outras vantagens da DEA.

Quadro 44 - Vantagens da metodologia DEA, segundo a literatura

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Permite trabalhar com múltiplos <i>inputs</i> e <i>outputs</i> (Lee & Kim, 2014).• Não requer formas funcionais de produção (Lee & Kim, 2014).• Não exige a atribuição de pesos específicos a cada <i>input</i> e <i>output</i> (Lee & Kim, 2014).• Fornece diretrizes de <i>benchmarking</i> para DMUs ineficientes (Lee & Kim, 2014).• Para cada DMU ineficiente, a DEA identifica um conjunto de unidades de eficiência, chamado conjunto de referência, permitindo saber quanto deve ser melhorado para se tornar eficiente (Lee & Kim, 2014).• Identifica as origens e valores de ineficiência em cada <i>input</i> e <i>output</i> para todas as entidades (Cooper et al., 2007, p.14).• Identifica os valores de ineficiência (Cooper et al., 2007, p.14). |
|---|

Fonte: Elaboração própria

Desde os trabalhos originais de Charnes, Cooper e Rhodes (1978) que tem crescido o recurso à DEA para medir a eficiência (Emrouznejad & Yang, 2018; Jia & Yuan, 2017), sendo esta usada em diversas aplicações nos setores público e privado (Gholami, Higón, & Emrouznejad, 2015). Contudo, a partir dos modelos base têm surgido inovações como é o caso da aplicação da supereficiência adaptada à DEA.

Uma crítica à DEA deve-se ao facto de existir pouca distinção entre as unidades, dado que esta atribui um *score* de 1 (100%) a várias unidades consideradas eficientes relativamente à fronteira. Para ultrapassar essa barreira e ser possível comparar estas unidades, pode recorrer-se ao conceito de Supereficiência apresentado por Andersen e Peterson (1993). Os referidos autores mantiveram as vantagens do modelo e permitiram uma melhor ordenação das DMUs em estudo. Esta ordenação tem como base a suposição de que existem DMUs mais eficientes do que outras, de entre todas as DMUs com *score* igual a um. Ou seja, nas DMUs mais eficientes é possível reduzir os seus *outputs*, ou aumentar os seus *inputs*, continuando estas a ser mais eficientes do que as restantes (Vasquez, 2012).

Os modelos usados podem ser radiais ou não radiais (Fang, Lee, Hwang & Chung, 2013). Como exemplos de modelos radiais podem-se referir o CCR e o modelo BCC. Ambos os modelos consideram que para tornar eficiente uma DMU, ou os seus *inputs* são reduzidos

proporcionalmente (na orientação *input*), ou os seus *outputs* são aumentados de forma proporcional (na orientação *output*) (Vasquez, 2012).

O uso do SBM permite uma análise do contexto através da estratificação adequada do desempenho das DMU's (Morita, Hirokawa, & Zhu, 2005). Como exemplo de modelo não radial destaca-se o modelo SBM (*Slacks-Based Measure*). Este modelo proposto por Tone (2001), apresenta um modelo não radial que lida diretamente com o excesso de *inputs*, ou com o déficit de *outputs*, para determinada DMU. Apesar de estar próximo dos modelos CCR e BCC, o SBM pode ser interpretado como uma maximização do lucro, ao invés da maximização do rácio do modelo CCR.

O aparecimento dos modelos não radiais permitiram a “relaxação do pressuposto da proporcionalidade dos *inputs* e/ou dos *outputs* existente nos modelos CCR e BBC” (Vasquez, 2012, p. 107). Em síntese, no quadro 45 apresentam-se as principais particularidades que caracterizam o modelo DEA.

Quadro 45 - Principais características do modelo DEA

Características da DEA	
Unidade em estudo	DMU (Decision-Making Unit) (ex:hospitais)
Entradas/Recursos	<i>Inputs</i>
Produtos/resultados	<i>Outputs</i>
Modelo de análise	As DMU's são comparadas entre si de modo a apurar qual é que tem uma melhor prática, sendo esta considerada como a mais eficiente. A partir desta comparação obtém-se um <i>score</i> de eficiência compreendido entre 0 e 1.
Base de comparação e análise	Em cada grupo de DMU sujeito em comparação, é atribuído à mais eficiente o <i>score</i> de 1. As restantes, à medida que se afastam desta, apresentam um <i>score</i> inferior 1 e superior a 0, sendo consideradas ineficientes.
Orientação	Orientado (para os <i>inputs</i> (recursos) / para os <i>outputs</i> (resultados) Não orientado
Variação dos rendimentos	Rendimentos constantes à escala (CRS); Rendimentos variáveis à escala (VRS).
Modelos Predefinidos	1. Modelos radiais: – CCR - Charnes, Cooper e Rhodes (1978); – BCC - Banker, Charnes e Cooper)). 2. Modelos não-radiais: – <i>Slacks-based measure</i> SBM.
Outros conceitos	Supereficiência (permite comparar, entre as unidades eficientes, de <i>score</i> igual a 1, quais as mais eficientes).

Fontes: Adler, Friedman, e Sinuany-Stern (2002); Cooper, Seiford, e Zhu (2004); Cooper e Tone (1997); Cooper et al. (2007); Doyle e Green (1994); Tone (2001); Zhu (2001); Vasquez (2012).

8.1.3. Estudos nacionais e internacionais sobre avaliação da eficiência hospitalar com recurso à DEA

De acordo com a literatura, existe um predomínio do modelo DEA no apuramento da eficiência em unidades hospitalares, que são consideradas estruturas complexas. A primeira aplicação desta metodologia no setor da saúde foi em 1983, num estudo que avaliou a eficiência num serviço de enfermagem. Desde então, esta metodologia tem sido preferencialmente usada para aferir a eficiência hospitalar em todo o mundo (Ozcan, 2008, p.103). Diversos estudos avaliaram a eficiência dos sistemas de saúde dos países da OCDE, sendo que, para tal, a sua maioria recorreu ao uso da DEA (Ozcan & Khushalani, 2017).

Apesar de reconhecidas algumas desvantagens do modelo, de acordo com Hollingsworth (2003), estas não condicionam de forma significativa a realidade hospitalar, dado que a DEA não observa comparações individuais, mas sim comparações como um todo, perante o conjunto global de atividades consideradas nos recursos/produtos de todo o processo produtivo.

Segundo Emrouznejad e Yang (2018), o facto do desenvolvimento da DEA ser acompanhado por aumento crescente do número de artigos publicados que a ela recorrem, permite que esta seja atualmente considerada como uma ferramenta mundialmente aceite para avaliação da eficiência.

Entre os diferentes estudos nas mais diversas áreas de atividade, a DEA tem sido aplicada em vários estudos de avaliação da eficiência nacionais e internacionais ao nível hospitalar (Jia & Yuan, 2017).

Nos quadros seguintes são apresentadas as principais características de alguns estudos nacionais e internacionais sobre a eficiência hospitalar, com recurso à metodologia DEA.

Quadro 46 - Estudos nacionais sobre eficiência hospitalar com recurso à DEA

Ano	Autores	Orientação	Inputs	Outputs	DMU's
1999	Dismuke e Sena	Input	Número de exames (TAC, ECG e ecocardiograma)	Número de pacientes saídos com ou sem vida.	Hospitais SPA
2006	Tribunal de Contas	Input	Custo total; Custos com pessoal; Custos com consumos; Outros custos; Número de camas.	Número de: doentes de internamento; urgências; consultas externas e de sessões em hospital de dia.	Hospitais SPA; Hospitais S.A..
2008	Harfouche	Input	Custos com: pessoal, consumos, e custos de capital.	Número de doentes saídos do internamento; Número de consultas; Número de urgências.	Hospitais SPA; Hospitais S.A..
2010	Harfouche	Output	Custos com consumos e com pessoal; Outros custos de produção.	Número de doentes saídos do internamento; Número de consultas; Número de urgências.	Hospitais SPA; Hospitais E.P.E..
2011	Simões e Marques	Input	Despesas de capital; Número de funcionários; Outras despesas.	Número de: doentes saídos do internamento; episódios de urgência e de serviços em ambulatório.	Hospitais portugueses
2011	Rego	Input/ Output	Custos com: serviços clínicos de internamento; com consultas externas; com urgências e com hospital de dia; Número de: camas; médicos, enfermeiros e de outro pessoal.	Número de: dias internamento; doentes saídos do internamento; consultas externas; episódios de urgências; sessões em hospital de dia e intervenções cirúrgicas.	Hospitais SPA; Hospitais S.A.;
2015	Almeida, Frias e Figue.	Output (VRS)	Número de médicos; Número de enfermeiros; Pessoal não médico; Número de camas.	Número de utentes em ambulatório; Número de utentes internados; Número total de casos tratado; Número de cirurgias.	Hospitais S.A e E.P.E.
2016	Nunes	Não orientado	Custos globais das unidades com: internamento, atividade cirúrgica; hospital de dia e consulta externa	Numero de: doentes saídos do internamento, cirurgias, sessões de hospital de dia e de cirurgias.	Hospitais SPA; Hospitais S.A.; Hospitais E.P.E.; Centros Hospitalares.
2016	Entidade Reguladora da Saúde	n.a.	Lotação praticada; Número de médicos equivalentes a tempo completo (FTE); Números de enfermeiros (FTE); Número de técnicos de diagnóstico e terapêutica (FTE); Custos diretos; Custos com fornecedores; Custos com funcionários.	Número de doentes saídos do internamento; Número de sessões de hospital de dia sem hemodiálise; Número total de consultas externas médicas; Número de atendimentos no serviço de urgência; Número de cirurgias.	Hospitais E.P.E. Centros Hospitalares; Hospitais PPP

Fonte: Elaboração própria

Quadro 47 - Estudos internacionais sobre eficiência hospitalar com recurso à DEA

Ano	Autores	País	Orientação	Inputs	Outputs	DMU's
1990	Ozcan	EUA	<i>Input</i>	Número de exames de diagnóstico; Número de profissionais não clínicos (FTE); Nº de camas. Custos operacionais.	Número de doentes saídos do internamento; Número de episódios de urgências; Número de assistências em ambulatório.	Hospitais especializados
1992	Ozcan, Luke e Haksever	EUA	<i>Input</i>	Número de exames de diagnóstico e outros serviços específicos; Número de profissionais não clínicos (FTE); Nº de camas. Custos operacionais.	Número de doentes saídos do internamento; Número de episódios assistências; Número de estagiários (FTE).	Hospitais públicos; Hospitais privados; Hospitais sem fins lucrativos.
1996	Ozcan, McCue e Okasha	EUA	<i>Input</i>	Número de exames de diagnóstico e outros serviços específicos; Número de profissionais não clínicos (FTE); Nº de camas. Custos operacionais.	Número de doentes saídos do internamento; Número de consultas externas.	Hospitais psiquiátricos
1999	Gerdtham, Löthgren, Tambour, e Rehnberg	Suécia	<i>Input</i>	Custos operacionais; Número de camas.	Número de cirurgias, admissões, assistências médicas em internamento e em ambulatório	Hospitais públicos
2000	Sola e Prior	Espanha	<i>Input</i>	Número de camas; Número de profissionais. Custos com equipamentos e materiais.	Número de dias de internamento em cirurgia, obstetrícia e ginecologia, pediatria, psiquiatria, de longo prazo e em cuidados intensivos.	Hospitais públicos
2004	Ferrier e Valdmanis	EUA	<i>Output</i>	Número de camas; Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de auxiliares de ação médica.	Número de admissões; Número de episódios de urgências.	Hospitais privados
2004	Valdmanis, Kumanarayake, e Lertiendumrong	Tailândia	<i>Input</i>	Número de camas; Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de outros profissionais; Custos com subsídios;	Número de consultas externas (pacientes com carências sociais); Número de consultas externas (pacientes sem carências sociais); Número de internamentos	Hospitais públicos

				Custos com medicamentos; Outros custos operacionais.	(pacientes com carências sociais); Número de internamentos (pacientes sem carências sociais);	
2003	Biarn, Hagen, Iversen, e Magnussen	Noruega	<i>Input</i>	Horas de trabalho do pessoal médico e de outros profissionais; Despesas médicas; Despesas totais.	Número de doentes saídos do internamento; Número de assistências em ambulatório.	Hospitais antes de 1997 Hospitais após 1997
2005	Butler e Li	EUA	<i>Output</i>	Total de custos sem profissionais; Número de camas; Número de serviços prestados; Número de profissionais.	Capacidade do hospital para internamentos; Número de cirurgias; Número de urgências; Número de consultas externas.	Hospitais públicos em zonas rurais
2005	Ramanathan	Omã	<i>Super-Efficiency Input (CRS e VRS) Malmquist Index</i>	Número de médicos; Número de pessoal não médico; Número de camas.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório; Número de cirurgias.	Hospitais
2006	Ferrari	Escócia	<i>Malmquist Index Input (CRS)</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de camas; Total de custos.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório; Número de cirurgias.	Hospitais
2006	Pilyavsky e Staat	Ucrânia	<i>Malmquist Index Output (VRS)</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de camas.	Número de cirurgias; Número total de casos tratados.	Hospitais
2007	Arocena e García-Prado	Costa Rica	<i>Output</i>	Número de médicos (FTE); Número de enfermeiros (FTE); Custos operacionais; Número de camas.	Número de doentes saídos do internamento; Número de reinternamentos; Número de serviços em ambulatório.	Hospitais públicos
2007	Hajialiafzali, Moss, e Mahmood	Irão	<i>Supereficiência Input (VRS)</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de pessoal não médico; Número de camas.	Número de utentes em ambulatório; Número de cirurgias; Número total de casos tratados.	Hospitais
2007	Aletras, Kontodimopoulos, Zagouldoudis, e Niakas	Grécia	<i>Output (CRS e VRS)</i>	Número de médicos; Número de pessoal não médico; Número de	Número de utentes em ambulatório; Número de utentes internados; Número de cirurgias; Número de cirurgias	Hospitais públicos

				camas.	Número total de casos tratados.	
2008	Clement, Valdmanis, Bazzoli, Zhao, e Chukmaitov	EUA	<i>Output</i>	Número de enfermeiros; Número de assistentes de enfermagem; Número de outros profissionais; Número de camas.	Número de nascimentos; Número de cirurgias em ambulatório; Número de consultas externas; Número de admissões.	Hospitais de vários Estados dos EUA
2008	Gannon	Irlanda	<i>Malmquist Index Output (VRS)</i>	Número de utentes em ambulatório. Número total de casos tratados.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório; Número total de casos tratados.	Hospitais
2008	Dexter, O'Neill, Xin, e Ledolter	EUA	<i>Supereficiência CRS</i>	Número de médicos; Número de camas; Número de equipamentos e infraestruturas.	Número de utentes em ambulatório; Número total de casos tratados.	Hospitais
2008	Kirigia, Emrouznejad, Cassoma, Asbu, e Barry	Angola	<i>Malmquist Index Input (VRS)</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de camas; Fornecimentos.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório; Número de serviços.	Hospitais
2008	Katharaki	Grécia	<i>Input</i>	Número de camas; Número de médicos; Custos operacionais.	Rácio de número de médicos por camas; Número de doentes assistidos; Número de exames em doentes internados; Número de testes laboratoriais.	Hospitais públicos
2009	Sikka, Luke, e Ozcan	EUA	<i>Input</i>	Número de camas; Número total dos serviços prestados pelo hospital; Número de profissionais (FTE); Custos sem profissionais.	Número de internamentos; Número de consultas externas.	Hospitais em zonas urbanas e em zonas não urbanas.
2010	Castro-Lobo, Ozcan, Silva, Lins, e Fiszman	Brasil	<i>Malmquist Index Input (CRS)</i>	Número de outros profissionais; Número de camas; Fornecimentos.	Desempenho dos serviços; Número de cirurgias.	Hospitais
2010	Tlotlego, Nonvignon, Sambo, Asbu, e Kirigia.	Botswana	<i>Malmquist Index Input (VRS)</i>	Número de outros profissionais; Número de camas.	Número de utentes em ambulatório; Número total de casos tratados.	Hospitais
2011	Bilsel e Davutyan	Turquia	<i>Não orientado VRS</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de pessoal não	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório; Número de cirurgias; Desempenho.	Hospitais

				médico; Número de camas; Fornecimentos.		
2011	Chowdhury, Zelenyuk, Laporte, e Wodchis	EUA	<i>Malmquist Index Output (CRS e VRS)</i>	Número de enfermeiros; Número de outros profissionais; Fornecimentos; Número de camas; Número de equipamentos e infraestruturas.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório.	Hospitais
2011	Sahin, Ozcan, e Ozgen	Turquia	<i>Malmquist Index Input (CRS e VRS)</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de pessoal não médico; Número de camas; Fornecimentos.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório; Número de cirurgias.	Hospitais
2012	Helton e Langabeer	EUA	<i>Malmquist Index Input (CRS)</i>	Número de outros profissionais; Número de camas; Fornecimentos.	Número de utentes em ambulatório; Número total de casos tratados.	Hospitais privados
2012	Khani, Naderi, Zangeneh, e Fazeli	Irão	<i>Super-Efficiency Output VRS</i>	Número de médicos; Número de pessoal não médico.	Número de utentes internados; Número de cirurgias; Serviços.	Hospitais
2013	Gok e Sezen	Turquia	<i>Input</i>	Número de camas; Número de profissionais clínicos; Número de profissionais não clínicos.	Rácio de ocupação de camas; Rácio de reinternamentos; Número de cirurgias; Número de nascimentos; Número médio de dias de internamento; Número de altas.	Hospitais públicos
2013	Huerta, Thompson, Ford, e Ford	EUA	<i>Malmquist Index Input (CRS)</i>	Número de enfermeiros; Número de camas;	Número de utentes em ambulatório; Número de cirurgias; Número total de casos tratados.	Hospitais privados
2014	Araújo, Barros, e Wanke	Brasil	<i>Output (CRS e VRS)</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de outros profissionais; Número de camas; Número de equipamentos e infraestruturas.	Número de utentes em ambulatório; Número de utentes internados; Número de cirurgias; Número de outros casos/total de casos.	Hospitais
2014	Lobo, Ozcan, Lins, Silva, e Fiszman	Brasil	<i>Output</i>	Número de camas; Número de profissionais; Número de	Número de internamentos (FTE); Número de procedimentos de	Hospitais universitários

				serviços de diagnóstico e outros serviços especializados.	elevada complexidade.	
2014	VanderWielen e Ozcan	EUA	<i>Output (VRS)</i>	Propriedade / financiamento.	Número total de casos tratados; Serviços prestados.	Hospitais privados
2014	Bahari e Emrouznejad	EUA	<i>Input (VRS)</i>	Número de outros profissionais; Número de camas; Fornecimentos.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório.	Hospitais privados
2014	Yang e Zeng	China	<i>Output</i>	Número de camas; Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de administrativos; Número de outros profissionais.	Número de consultas externas; Número de internamentos; Taxa de mortalidade; Número de dias médios de internamento.	Hospitais públicos
2014	Souza, Moreira, Avelar, Marques, e Lara	Brasil	<i>Output (VRS)</i>	Número de outros profissionais; Número de camas.	Desempenho dos serviços; Receitas.	Hospitais
2015	Gok e Altındağ	Turquia	Malmquist Index Input CRS	Número de médicos; Número de camas; Número de utentes internados.	Número de utentes em ambulatório; Número de cirurgias; Número total de casos tratados.	Hospitais
2015	Cheng et al.	China	Malmquist Index Output (CRS e VRS)	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de camas.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório; Número total de casos tratados.	Hospitais
2015	Mahate e Hamidi	Emirados Árabes Unidos	<i>Output (CRS e VRS)</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de pessoal não médico; Número de camas.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório; Número total de casos tratados.	Hospitais
2015	Sommersguter-Reichmann e Stepan	Austria	<i>Spereficiência não orientado</i>	Número de outros profissionais. Fornecimentos; Número de camas.	Serviços prestados.	Hospitais
2016	Mahate, Hamidi, e Akinci	Emirados Árabes Unidos	<i>Output (CRS e VRS)</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de pessoal não médico; Número de camas.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório; Número total de casos tratados.	Hospitais privados
2016	Farantos e Koutsoukis	Grécia	<i>Super-eficiência Input (CRS e VRS)</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros;	Número total de casos tratados.	Hospitais públicos

				Número de pessoal não médico.		
2016	Arfa, Leleu, Goaiéd, e Van Mosseveld	Tunisia	<i>Output (VRS)</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de pessoal não médico; Número de camas; Custos totais.	Número de utentes em ambulatório; Número de utentes internados; Número total de casos tratados.	Hospitais públicos
2016	Bin et al.	China	<i>Output (CRS e VRS)</i>	Número de camas; Número de equipamentos e infraestruturas; Custos totais.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório; Número total de receitas.	Hospitais
2016	Silva, Moretti, e Schuster	Brasil	<i>Output</i>	Número de médicos e enfermeiros; Número de auxiliares e técnicos de enfermagem; Valor médio dos internamentos; Número de autorização de internamentos; Número de camas.	Número total de procedimentos não cirurgicos <i>per capita</i> ; Número total de procedimentos cirurgicos <i>per capita</i> ; Número total de internamentos <i>per capita</i> ; Inverso da taxa de mortalidade.	Hospitais públicos
2016	Sultan e Crispim	Jordânia	<i>Super-eficiência Input (CRS e VRS)</i>	Número de médicos; Número de pessoal não médico; Número de camas.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório; Número total de casos tratados.	Hospitais
2016	Mujasi e Kirigia	Uganda	<i>Malmquist Index Output (VRS)</i>	Número pessoal não médico; Número de camas.	Número de utentes internados; Número de utentes em ambulatório.	Hospitais
2017	Jia e Yuan	China	<i>Output</i>	Número de profissionais; Número de camas.	Número de doentes assistidos em ambulatório; Número de doentes saídos do internamento; Número médio de dias de internamento.	Hospitais públicos
2017	Xenos Yfantopoulos, Nektarios, Polyzos, Tinios, e Constantopoulos	Grécia	<i>Input</i>	Número de médicos (FTE); Número de outros profissionais (FTE); Número de camas; Custos totais sem profissionais.	Número de procedimentos técnicos e de diagnóstico; Número de doentes saídos do internamento.	Hospitais públicos

Fonte: Elaboração própria

8.1.4. Avaliação da produtividade com recurso ao índice de Malmquist

Quando se pretende analisar a eficiência comparando vários períodos temporais, recorre-se ao cálculo de índices de produtividade, nomeadamente de Fisher, Tornqvist e Malmquist. Os dois primeiros não têm em conta a tecnologia de produção que lhes está associada, tendo somente por base as quantidades e os preços das variáveis usadas como *inputs* e *outputs*. No que diz respeito ao índice de Malmquist, este representa uma medida normativa que possibilita a determinação de uma fronteira de produção representativa da tecnologia. Para além disso, recorre às funções distância de modo a avaliar e comparar a produtividade das diversas combinações entre *inputs* e *outputs* (Vasquez, 2012).

Este índice foi apresentado em 1982 por Caves, Christensen e Diewert, que tinham por objetivo propor um instrumento que medisse a produtividade em determinados períodos de tempo (Caves, Christensen, & Diewert, 1982). Contudo, segundo Vasquez (2012), a sua primeira utilização foi em 1992, por Berg, Forsund e Jansen (1992), numa análise de produtividade ao setor bancário. Além de continuar a ser dos métodos mais referidos na literatura sobre a produtividade (Chowdhury, Zelenyuk, Laporte, & Wodchis, 2014; O'Neill et al., 2008) tem sido frequentemente usado no setor da saúde (Khushalani & Ozcan, 2017). A sua aplicação permite identificar elementos individuais de mudança na produtividade hospitalar, especialmente na ineficiência e na qualidade (Chang et al., 2011).

São três as grandes principais vantagens da utilização do índice de Malmquist: pode ser usado em tecnologias de produção com múltiplos *inputs* e *outputs*; não requiere obrigatoriedade de informação relativamente aos preços dos *inputs* usados nem dos *outputs* produzidos e, através da sua análise, possibilita a obtenção de informação sobre os motivos que causam a variação da produtividade (Chowdhury et al., 2014; Vasquez, 2012). Em relação à principal desvantagem, O'Neill, Rauner, Heidenberger e Kraus (2008) referem o facto de ser necessário o cálculo da função de distância para a sua determinação.

8.2. Percurso metodológico

Face ao modelo de análise apresentado no capítulo seis, definiu-se o seguinte percurso metodológico:

PERCURSO METODOLÓGICO	
Problema: Qual o efeito do quadro legal das entidades públicas empresariais e das parcerias público-privadas, em termos de eficiência e produtividade na gestão da atividade hospitalar, entre 2013 e 2017, e o possível impacto na qualidade?	
Objetivo da Investigação: Comparar o comportamento, em termos de eficiência técnica e de produtividade, da atividade desenvolvida em meio hospitalar, nas unidades do setor público, em regime E.P.E. e PPP, entre os anos 2013 e 2017.	
Domínio da investigação	Domínio da metodologia
Contexto: Comparar os resultados de desempenho na gestão das entidades hospitalares em regime PPP e E.P.E. em termos de eficiência e produtividade.	Resultados pretendidos: Identificar os <i>scores</i> de eficiência e produtividade dos hospitais PPP e E.P.E.; Identificar os <i>scores</i> de eficiência dos novos hospitais PPP e dos construídos em regime de substituição; Identificar os fatores que tiveram maior influência nos resultados obtidos.
Referencial Teórico: <i>New Public Management;</i> <i>New Public Governance;</i> Novo Institucionalismo Económico; Teoria da Escolha Pública.	Metodologia: Aplicação de modelos matemáticos de investigação operacional através da metodologia <i>Data Envelopment Analysis</i> e do índice de produtividade de <i>Malmquist</i> ; Análise estatística dos indicadores de qualidade das unidades mais e menos eficientes; Análise da relação eficiência/qualidade através de entrevistas semiestruturadas com recurso à análise de conteúdo.
Modelo: Comparar, em termos de eficiência e produtividade, as unidades hospitalares pertencentes aos regimes E.P.E. e PPP; Analisar aspetos de qualidade relativamente às unidades com maior diferencial de eficiência, por grupo hospitalar.	Contribuição: Contribuir para o aumento do conhecimento sobre a eficiência e produtividade nas unidades hospitalares com regime PPP e E.P.E.. Analisar a possível relação entre eficiência e qualidade, bem como os fatores que a influenciam. Averiguar se a passagem para PPP trouxe aumento de produtividade nos hospitais criados em regime de substituição. Contribuir para a reorganização do quadro hospitalar público na sua relação com o setor privado.
Conceitos: Parceria Público-Privada; Entidade Pública Empresarial; Eficiência técnica; Produtividade; Qualidade; Indicadores de atividade.	Fontes: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS); Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP); Relatórios de Contas das unidades hospitalares em análise; Relatórios publicados pelo Tribunal de Contas (TC); Entidade Reguladora da Saúde (ERS); Legislação publicada.

Figura 5 – Percurso metodológico
Fonte: Elaboração própria

8.3. Tipos de estudo

Para responder à questão de partida e aos objetivos propostos, pretende-se comparar os resultados, em termos da eficiência técnica, nas principais linhas de atividade (internamento, atividade cirúrgica, consulta externa, urgência e sessões de hospital de dia), para as unidades hospitalares públicas empresariais e em regime PPP. Assim optou-se por recorrer à técnica da *Data Envelopment Management* e ao Índice de Malmquist.

A avaliação da eficiência no setor da saúde requer uma técnica que possibilite o uso de múltiplos *inputs* para a produção de múltiplos *outputs* e que tenha também a capacidade de evidenciar os hospitais eficientes, bem como a diferença da eficiência entre as unidades eficientes e ineficientes. A DEA é uma das técnicas que reúne estas características, sendo, como tal, usada para avaliar a eficiência e o desempenho de diversas organizações de saúde (Lobo et al., 2014).

A DEA emprega métodos de programação linear para inferir uma fronteira de produção, ao determinar as observações eficientes que dominam as outras (Jacobs et al., 2006, p.12). Assim, no caso da análise hospitalar, o desempenho relativo de um hospital é determinado em relação à sua posição em relação à fronteira (Clement et al., 2008). Contrariamente aos métodos paramétricos, a DEA pode trabalhar com vários *inputs* e *outputs* sem dificuldades (Jacobs et al., 2006, p.12).

As unidades em estudo são 31 hospitais, sendo 27 pertencentes ao regime empresarial do Estado e quatro em regime de parceria público-privada. O estudo da eficiência será realizado através da aplicação da DEA a todas as unidades, sendo feita uma análise de fronteira geral, para cada ano³². Posteriormente, comparam-se os resultados da eficiência, em termos de regime jurídico (E.P.E. vs PPP), sendo que o mesmo será feito em relação à produtividade.

Assim, a produtividade será avaliada a partir dos *scores* de eficiência obtidos, com recurso ao Índice de Malmquist, que considera a variação da eficiência e da tecnologia ao longo dos anos. Posteriormente, para complementar estes resultados, serão analisados e comparados

³² A fronteira de eficiência é determinada através do melhor desempenho obtido pela produção máxima de *outputs* a partir de um determinado conjunto de *inputs* (Bryce, Engberg, & Wholey, 2005).

indicadores de qualidade para o conjunto de unidades PPP e E.P.E. com maior diferencial de eficiência entre os resultados obtidos.

Os indicadores de qualidade que irão ser analisados são os seguintes: percentagem de cirurgias dentro do tempo médio de resposta garantido; percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório; percentagem de fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48h; percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias; percentagem de reinternamentos em 30 dias; percentagem de cesarianas e percentagem de doentes referenciados para consulta externa em tempo adequado. Esta análise será feita de acordo com os resultados obtidos, por grupo hospitalar.

Atendendo ao facto de as entrevistas terem sido realizadas ao longo do ano 2018 (com dados disponíveis até ao ano 2016), esta análise aos indicadores de qualidade não inclui os resultados do ano 2017³³, dado que isso implicaria uma alteração das unidades hospitalares que foram objeto de aplicação das entrevistas.

A definição dos seis grupos de financiamento de hospitais foi elaborada através de métodos matemáticos e vigora a partir do contrato-programa de 2013, mantendo-se os mesmos critérios para o ano de 2017. Estes resultam da aplicação de técnicas estatísticas que tiveram por base os seguintes aspetos:

- Identificação dos efeitos que têm impacto na estrutura de custos dos Hospitais;
- Seleção das 22 combinações de variáveis³⁴ a partir de análise de sensibilidade sobre 50 variáveis disponíveis;

³³ Dado o prolongamento temporal da elaboração da tese, foi incluído o ano 2017 na análise da eficiência e produtividade.

³⁴ N° de horas semanais de médicos; N° de horas semanais de enfermeiros; N° de camas; N° de gabinetes de consultas externas; N° de equipamentos; N° de salas de bloco operatório; N° de episódios de internamento; N° de consultas; N° de atendimentos nas urgências, N° de doentes padrão; N° de meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados; N° de grupos de diagnósticos homogêneos médicos e cirúrgicos distintos; N° de grupos de diagnósticos homogêneos médicos e cirúrgicos complexos; N° de especialidades de consultas com diferenciação elevada; Classificação categórica dos hospitais de acordo com o nível do seu serviço de Urgências; N° de tipos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica com diferenciação elevada; N° de camas do hospital em unidades especializadas; Classificação categórica dos hospitais de acordo com a estrutura estabelecida para o ensino no hospital; Relação entre o número de internos e o total de médicos ao serviço no hospital (ACSS, 2013).

- Tratamento das variáveis através da sua standardização e da Análise de Componentes Principais (eliminando efeitos de correlação entre as variáveis);
- Criação de grupos através de *clusters*, o que possibilita a formação de grupos homogéneos, com a inclusão dos hospitais mais semelhantes entre si, de acordo com as variáveis utilizadas (ACSS, 2016).

Resultantes da aplicação destes métodos, foram definidos os seguintes grupos:

Grupo A Hospital de Cantanhede Hospital de Ovar CMR Rovisco Pais Hospital Gama Pinto	Grupo C CH Tâmega e Sousa CH Entre Douro e Vouga CH Baixo Vouga CH Cova Beira CH Leiria CH Barreiro Montijo CH Médio Tejo CH Setúbal Hospital Santarém Hospital Sra. Oliveira Hospital de Cascais Hospital de Loures ULS Alto Minho ULS Matosinhos ULS Baixo Alentejo ULS Norte Alentejano	Grupo D CH Vila Nova Gaia/Espinho CH TM Alto Douro CH Tondela Viseu Hospital Garcia da Orta Hospital Fernando Fonseca Hospital Espírito Santo CH do Algarve Hospital de Braga
Grupo B Hospital de Sta. Maria Maior CH Médio Ave CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde Hospital Figueira da Foz Hospital Vila Franca de Xira CH do Oeste ULS Castelo Branco ULS Nordeste ULS Guarda ULS Litoral Alentejano		Grupo E CH do Porto CH São João CHU Coimbra CH Lisboa Central CH Lisboa Norte CH Lisboa Ocidental
Grupo F IPO Porto IPO Coimbra IPO Lisboa	Grupo Psiquiátricos Hospital Magalhães Lemos CH Psiquiátrico de Lisboa	

Figura 6 - Grupos de financiamento para o setor hospitalar definidos pela ACSS

Fonte: ACSS (2016)

Por fim, realizaram-se entrevistas a intervenientes na gestão hospitalar das realidades expressas. Deste modo, pretende avaliar-se quais os aspetos, no plano operacional, que mais contribuíram para os diferenciais observados.

Foi utilizada a técnica de entrevista, dado que esta permite uma compreensão mais aprofundada da opinião dos entrevistados, assim como um contacto direto com os mesmos. O tipo de entrevista foi a semiestruturada, pois o recurso a este género de entrevista é indicado para situações onde se pretenda obter dados para efeitos de comparação dos diferentes entrevistados, o que se objetiva neste estudo (Coutinho, 2015, p.332).

A entrevista pode ser definida como uma conversa formal onde ocorre uma troca de informações entre o entrevistador e o entrevistado (Sampieri, Collado e Lucio, 2006, p.597). Assim, é uma técnica que permite recolher um grande número de elementos de informação.

8.4. Objetivos

Como já foi referido anteriormente, foram definidos objetivos gerais e específicos, que se apresentam em seguida:

Objetivo geral:

- Comparar o comportamento, em termos de eficiência técnica e de produtividade, da atividade desenvolvida em meio hospitalar, nas unidades do setor público, em regime E.P.E. e PPP, entre os anos 2013 e 2017.

Objetivos específicos:

- Analisar a evolução da eficiência técnica nos hospitais E.P.E. e PPP;
- Analisar o comportamento da produtividade nos hospitais E.P.E. e PPP;
- Comparar a eficiência técnica de cada hospital em regime PPP com as restantes unidades integradas no respetivo grupo hospitalar;
- Comparar a produtividade dos hospitais PPP, criados em regime de substituição, antes e após a realização da parceria;
- Analisar aspetos sobre a qualidade nos hospitais que apresentem maiores diferenciais nos scores de eficiência.

8.5. Orientações da análise quantitativa

Segundo Forsund (2018), um estudo sobre eficiência deve ter previamente em conta um conjunto de elementos, nomeadamente: a definição do tipo de eficiência; os métodos para determinar a eficiência e a apresentação dos *inputs* e *outputs* usados para aferir a eficiência de determinada atividade.

8.5.1. Definição das variáveis

Na seleção dos dados que serão usados como *inputs* e *outputs*, é necessário ter em conta os objetivos a que o estudo se propõe, bem como outras questões fundamentais para o bom funcionamento desta metodologia. Assim, deve ter-se em consideração o facto de que os dados devem ser representativos da produção realizada pelas *Decision-Making Unit* (DMU's), neste caso as unidades hospitalares, e que os dados de todas as unidades de análise devem ser quantitativos e positivos (Cooper et al., 2007).

Segundo Forsound (2018), na escolha das variáveis é importante o conhecimento da atividade em questão, assim como a capacidade de tirar conclusões que sejam relevantes para os decisores políticos. Contudo, o autor refere o facto de ser difícil estabelecer as causas para as diferenças entre as unidades em análise, quer do ponto de vista teórico, quer metodológico.

Como critérios primordiais na escolha dos dados usados estiveram a fiabilidade dos dados recolhidos, de forma a certificar a validade dos resultados, a revisão da literatura sobre a avaliação da eficiência hospitalar com recurso à DEA e a representatividade da produção hospitalar.

Assim, tendo em consideração a realidade produtiva das unidades hospitalares, bem como a acessibilidade dos dados, foram definidos como *outputs* as principais linhas de produção, sendo estas o internamento e outros serviços clínicos de ambulatório (Nunes, 2016; Rego, 2011, p.288).

Teoricamente, os *inputs* devem representar todos os recursos usados pelas unidades hospitalares (Rego, 2011, p.287). Como tal, no presente estudo foram definidos como *inputs* os custos totais com toda a atividade hospitalar.

Deste modo, os *inputs* e *outputs* definidos para o estudo estão representados no quadro seguinte.

Quadro 48 - *Inputs/Outputs* definidos para o estudo

<i>Input</i>	<i>Output</i>
Custo total com a atividade hospitalar	Número de doentes saídos do internamento
	Número total de consultas realizadas
	Número total de episódios de urgência
	Número total de cirurgias
	Número total de sessões de hospital de dia

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito à variável “Número total de sessões de hospital de dia” foram consideradas as sessões contabilizadas pela ACSS para esse efeito, sendo estas referentes a sessões de Hematologia, Imuno-Hemoterapia e Psiquiatria.

8.5.2. População/amostra

Serão estudadas 31 unidades hospitalares, das quais 27 são E.P.E. (20 são Centros Hospitalares e sete são hospitais singulares) e quatro são PPP. A seleção da amostra de unidades hospitalares em estudo tem por base os seguintes critérios:

- Linhas de atividade presentes na oferta de cuidados (escolha de hospitais que tenham em comum as mesmas linhas de atividade);
- Unidades públicas empresariais por modelo de organização (hospitais e centros hospitalares);
- Unidades hospitalares em regime de PPP.

Quadro 49 - População definida para o estudo

Unidade Hospitalar	Estatuto jurídico	ARS
Centro Hospitalar de São João (CHSJ)	E.P.E.	Norte
Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA)	E.P.E.	Norte
Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães (HSOG)	E.P.E.	Norte
Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA)	E.P.E.	Norte
Centro Hospitalar do Porto (CHP)	E.P.E.	Norte
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga (CHDV)	E.P.E.	Norte
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS)	E.P.E.	Norte
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD)	E.P.E.	Norte
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/ Vila do Conde (CHPVVC)	E.P.E.	Norte
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE)	E.P.E.	Norte
Hospital Distrital Santa Maria Maior (HSMM)	E.P.E.	Norte
Hospital de Braga (HB)	PPP	Norte
Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV)	E.P.E.	Centro
Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB)	E.P.E.	Centro
Centro Hospitalar Leiria-Pombal (CHLP)	E.P.E.	Centro
Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV)	E.P.E.	Centro
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC)	E.P.E.	Centro
Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFF)	E.P.E.	Centro
Centro Hospitalar Barreiro – Montijo (CHBM)	E.P.E.	LVT
Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC)	E.P.E.	LVT
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO)	E.P.E.	LVT
Centro Hospitalar de Setúbal (CHS)	E.P.E.	LVT
Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN)	E.P.E.	LVT
Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT)	E.P.E.	LVT
Hospital Distrital de Santarém (HDS)	E.P.E.	LVT
Hospital Fernando da Fonseca (HFF)	E.P.E.	LVT
Hospital Garcia de Orta (HGO)	E.P.E.	LVT
Hospital de Cascais (HC)	PPP	LVT
Hospital de Loures (HL)	PPP	LVT
Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX)	PPP	LVT
Hospital Espírito Santo de Évora (HESE)	E.P.E.	Alentejo
Centro Hospitalar do Algarve (CHA)	E.P.E.	Algarve

Fonte: Elaboração própria

Nos anos 2013 e 2014, para o Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. foram apenas considerados os dados relativos ao Hospital Nossa Senhora da Oliveira em Guimarães, uma vez que este Centro Hospitalar foi desintegrado no ano 2015, com a passagem da gestão do Hospital de Fafe para a Santa Casa da Misericórdia.

8.5.3. Fonte de dados

A recolha dos dados foi realizada através da consulta dos elementos disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P (ACSS) e pela Unidade Técnica de

Acompanhamento de Projetos (UTAP), bem como dos Relatórios de Contas das unidades hospitalares em análise.

8.5.4. Definição do modelo

Neste estudo pretende-se apurar a eficiência com recurso à DEA através da aplicação do modelo SBM orientado pela direção *output*, “por ser a que mais se adequa à atitude empresarial dos gestores hospitalares” (Harfouche, 2010, p.18). No setor da saúde um dos objetivos primordiais dos gestores é aumentar a sua produção, ou seja, o volume dos serviços prestados (Harfouche, 2010), ou seja, quando um hospital tem uma produção considerada eficiente, é expectável que este opere na produção máxima a um menor custo, quando comparado com outras unidades (Gholami, Higón, & Emrouznejad, 2015).

Atualmente a realidade do setor da saúde em Portugal enquadra-se nestes pressupostos, visto que tem como grandes objetivos reduzir a despesa, mas também diminuir as listas de espera e, deste modo, aumentar a prestação de cuidados aos cidadãos³⁵ (produção).

Esta orientação vai também ao encontro dos termos de contratualização definidos atualmente para os hospitais E.P.E e PPP, que são o objeto do presente estudo.

Relativamente à variação de rendimentos, como foi referido no Quadro 45, estes podem ser constantes ou variáveis à escala. No presente estudo optou-se pelo modelo de rendimentos variáveis à escala (VRS), pois as unidades hospitalares têm diferentes dimensões. O modelo que considera os rendimentos constantes à escala (CRS) assume que a unidade de produção apenas se pode comparar com unidades de dimensão semelhante (Nunes, 2016), sendo que no conjunto dos hospitais em estudo existem unidades com dimensões diferentes.

As principais características do modelo DEA aplicado no presente estudo estão definidas no quadro seguinte.

³⁵ A atividade do hospital deverá ser gerida de acordo com o que está definido no contrato-programa, que serve como um instrumento que possibilita a regulação da procura (Ribeiro, 2004).

Quadro 50 - Principais características do modelo DEA aplicado

Unidade em estudo	DMU (Decision-Making Unit) – Unidades hospitalares em regime de PPP e E.P.E.
<i>Inputs</i>	Custos das unidades hospitalares com a atividade realizada;
<i>Outputs</i>	Principais linhas de atividade – movimentam assistencial observado: <ul style="list-style-type: none"> • Número de doentes saídos do internamento; • Número total de consultas realizadas; • Número de episódios de urgência; • Número de cirurgias; • Número de sessões de hospital de dia.
Modelo de análise	As DMU's são comparadas entre si de modo a apurar qual a que tem uma melhor prática, ou seja, que é considerada a mais eficiente. A partir desta comparação obtém-se um <i>score</i> de eficiência compreendido entre 0 e 1.
Base de comparação e análise	Em cada grupo de DMU, sujeito a comparação, é atribuído o <i>score</i> de 1 à mais eficiente. As restantes, à medida que se afastam desta, apresentam um <i>score</i> inferior a este e superior a 0, sendo consideradas ineficientes.
Modelo Aplicado	Slacks-based measure SBM - Modelo não radial que tem por base o conceito da eficiência de Pareto, que surgiu para contornar a limitação associada ao efeito da proporcionalidade nos tradicionais modelos radiais na DEA (modelos CCR e BCC).
Orientação dos estudos DEA	Orientado para o output (resultados) - Numa perspetiva da maximização dos resultados e indo ao encontro dos termos de referência definidos para a contratualização dos cuidados de saúde hospitalares, é objetivo maximizar a produção das unidades de saúde (aumento da capacidade produtiva), sem aumentar os custos.
Variação dos rendimentos	Rendimentos variáveis à escala (VRS) - os hospitais considerados têm diferentes dimensões.
Outros conceitos	Supereficiência (permite comparar, entre as unidades eficientes – com <i>score</i> igual a 1 – quais as mais eficientes, estabelecendo um <i>benchmarking</i>).

Fontes: Adler et al. (2002); Cooper et al (2007); Tone (2001); Zhu (2001).

Para estudar a produtividade irá ser aplicado o Índice de Malmquist. Este índice permite identificar o crescimento da produtividade em dois períodos de tempo t_1 e t_2 , sendo t_2 o período mais recente, que por sua vez é comparado com t_1 . Para tal, é usada a medida de eficiência de Farrell que compara os potenciais *inputs* mínimos para a fronteira observada (no caso de orientação para o *input*), mantendo os *outputs* e as proporções, com base na fronteira de tecnologia do período i , calculada para uma DMU no período j (Berg, Forsund, & Jansen, 1992).

Para calcular o índice de Malmquist é necessário determinar o valor de quatro tipos de eficiências relativas, tendo em conta dois períodos de tempo distintos t e $t+k$, conforme se apresenta no quadro seguinte.

Quadro 51 – Eficiências relativas usadas no cálculo do índice de Malmquist

Os tipos de eficiência usados no cálculo do índice de <i>Malmquist</i>	
Eficiência relativa no período "t" medida pela fronteira do período "t"	δ_t^t
Eficiência relativa no período "t" medida pela fronteira do período "t + k"	δ_t^{t+k}
Eficiência relativa no período "t+k" medida pela fronteira do período "t+k"	δ_{t+k}^{t+k}
Eficiência relativa no período "t+k" medida pela fronteira do período "t"	δ_{t+k}^t

Fontes: Adaptado de Vasquez (2012); Nunes (2016)

O cálculo do índice de Malmquist pode ser representado através do produto entre a variação da eficiência (VE) e a variação da fronteira (da tecnologia, da inovação, ou das consideradas melhores práticas) (VT) (Vasquez, 2012).

Deste modo, sendo,

$$VE = \frac{\delta_{t+k}^{t+k}}{\delta_t^t} \quad \text{e} \quad VT = \sqrt{\frac{\delta_t^t}{\delta_{t+k}^{t+k}} \times \frac{\delta_{t+k}^t}{\delta_{t+k}^{t+k}}}$$

o índice de Malmquist pode ser dado pela seguinte expressão:

$$\begin{aligned} IM = VE \times VT &\Leftrightarrow IM = \frac{\delta_{t+k}^{t+k}}{\delta_t^t} \times \sqrt{\frac{\delta_t^t}{\delta_{t+k}^{t+k}} \times \frac{\delta_{t+k}^t}{\delta_{t+k}^{t+k}}} \Leftrightarrow IM = \sqrt{\frac{\delta_t^t}{\delta_{t+k}^{t+k}} \times \frac{\delta_{t+k}^t}{\delta_{t+k}^{t+k}} \times \left(\frac{\delta_{t+k}^{t+k}}{\delta_t^t}\right)^2} \Leftrightarrow \\ &\Leftrightarrow IM = \sqrt{\frac{\delta_{t+k}^t}{\delta_t^t} \times \frac{\delta_{t+k}^{t+k}}{\delta_{t+k}^{t+k}}} \end{aligned}$$

Fonte: Adaptado de Vasquez (2012)

8.5.5. Tempos e meios

O espaço temporal definido, entre 2013 e 2017, teve em conta o facto de ser o início do período em que as quatro unidades hospitalares em parceria público-privada estão em pleno funcionamento. Para além desta questão, a forma de cálculo dos custos hospitalares foi alterada no ano 2013.

8.5.6. Caracterização dos dados da amostra

Neste ponto apresentam-se alguns elementos de análise estatística sobre cada uma das variáveis em estudo, para os hospitais que constituem a amostra da presente investigação.

A análise estatística será apresentada por anos (de 2013 a 2017), de forma global para o conjunto de todas as unidades hospitalares em análise e por regime jurídico (hospitais E.P.E. e hospitais PPP), considerando cada um dos *inputs* e *outputs* definidos para o estudo.

Os elementos estatísticos em análise foram: o número de observações; o valor mínimo³⁶; o valor máximo³⁷; a média amostral³⁸; a mediana³⁹; o 10º Percentil; o 90º Percentil; o desvio padrão⁴⁰ e o coeficiente de dispersão⁴¹. Nos quadros seguintes estão representados os dados estatísticos sobre os *inputs* e *outputs* definidos, para cada um dos anos em análise.

³⁶ Corresponde ao menor valor das observações;

³⁷ Corresponde ao maior valor das observações;

³⁸ É dada pela expressão $\bar{x} = \sum_{i=1}^n \frac{x_i}{n}$.

³⁹ Considerando os dados colocado por ordem crescente, ou decrescente, a mediana corresponde ao valor que ocupa a posição central, ou à média aritmética dos valores que se encontram nas posições centrais (no caso em que o número total de dados é par).

⁴⁰ É dado pela expressão $\sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^n (X_i - \mu)^2}$.

⁴¹ É uma medida de dispersão obtida pelo quociente entre o desvio padrão e a média (Marôco, 2014).

Quadro 52 – Caracterização dos *inputs* e *outputs* para o ano 2013

Ano 2013	Custos	Nº de DSI	Nº de SHD	Nº de urgências	Nº de consultas	Nº de cirurgias
Global (E.P.E. e PPP)						
Nº de observações	31	31	31	31	31	31
Valor mínimo	21.359.803,5	5.115,0	5.232,0	71.340,0	59.502,0	3.142,0
Valor máximo	427.305.123,8	64.177,0	66.041,0	286.842,0	875.403,0	43.192,0
Média	135.967.814,8	22.397,5	22.962,0	164.017,8	309.933,0	17.453,1
Mediana	82.151.117,8	19.905,0	20.345,0	156.807,0	249.731,0	14.380,0
10º Percentil	30.975.190,9	8.188,6	8369,2	73.075,8	5.978,6	86.978,6
90º Percentil	393.071.282,9	42.979,4	44.117,6	263.834,2	40.450,0	695.635,4
Desvio Padrão	114.624.752,1	13.079,5	13.455,1	60.043,1	217.587,6	11.184,7
Coefficiente de dispersão	0,84	0,58	0,59	0,37	0,70	0,64
Hospitais E.P.E.						
Nº de observações	27	27	27	27	27	27
Valor mínimo	21.359.802,5	5.115,0	5.232,0	71.340,0	59.502,0	3.142,0
Valor máximo	427.305.123,8	64.177,0	66.041,0	286.842,0	875.403,0	43.192,0
Média	144.760.912,3	23.140,9	23.731,2	164.846,9	323.701,9	18.012,9
Mediana	82.392.148,6	20.514,0	21.056,0	156.807,0	250.211,0	14.676,0
10º Percentil	26.657.402,1	7.072,6	7.217,8	71.717,4	5.771,0	79.752,6
90º Percentil	411.958.894,9	44.305,4	45.500,6	269.228,8	41.938,2	717.054,8
Desvio Padrão	120.063.076,0	13.707,7	14.100,5	63.317,1	226.574,9	11.566,9
Coefficiente de dispersão	0,83	0,59	0,59	0,38	0,70	0,64
Hospitais PPP						
Nº de observações	4	4	4	4	4	4
Valor mínimo	49.168.729,1	12.035,0	12.286,0	110.232,0	111.485,0	8.519,0
Valor máximo	123.955.923,0	25.635,0	26.255,0	185.132,0	382.124,0	26.013,0
Média	76.614.407,0	17.379,8	17.769,8	158.421,3	216.991,8	13.674,3
Mediana	66.666.488,1	15.924,5	16.269,0	169.160,5	187.179,0	10.082,5
Desvio Padrão	32.621.092,3	6.611,0	6.779,7	35.477,7	123.718,4	8.340,9
Coefficiente de dispersão	0,43	0,38	0,38	0,22	0,57	0,61

Fonte: Elaboração própria

Com base nas informações apresentadas no quadro anterior, verifica-se que relativamente aos 31 hospitais que integram a amostra para o ano 2013:

Custos totais com as unidades hospitalares

- Os custos médios com unidades hospitalares em Portugal foram de aproximadamente 136 milhões de euros;
- No caso dos hospitais E.P.E., os custos médios realizados foram de cerca de 144,8 milhões de euros e para os hospitais PPP o valor gasto rondou os 76,6 milhões de euros;

-
- O valor mínimo de custos foi de 21,4 milhões de euros e registou-se num hospital E.P.E.;
 - O valor máximo de custos foi de 427,3 milhões de euros e registou-se também numa unidade E.P.E..

Número de doentes saídos do internamento

- O número médio de doentes saídos do internamento das unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 22.398;
- Nos hospitais E.P.E., o número médio de doentes saídos do internamento foi de aproximadamente 23.141 e nos hospitais PPP de 17.380;
- O valor mínimo de doentes saídos do internamento verificou-se num hospital E.P.E. e foi de 5.115;
- O valor máximo de doentes saídos do internamento verificou-se também num hospital E.P.E. e foi de 64.177.

Número de sessões de hospital de dia

- O número médio de sessões de hospital de dia nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 22.962;
- Nas unidades hospitalares E.P.E. o número médio de sessões de hospital de dia foi de aproximadamente 23.731 e nos hospitais PPP este número foi de 17.770;
- O número mínimo foi de 5.232 e registou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 66.041 e registou-se também num hospital E.P.E..

Número de episódios de urgência

- O número médio de episódios de urgência nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 164.018;
- O número médio de episódios de urgência nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 164.847 e nos hospitais PPP foi de 158.421;
- O número mínimo foi de 71.340 e verificou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 286.482 e verificou-se também num hospital E.P.E..

Número total de consultas externas

- O número médio de total de consultas externas realizadas nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 309.933;
- O número médio de consultas externas realizadas nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 323.702 e nos hospitais PPP foi de 216.992;
- O número mínimo foi de 59.502 e registou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 875.403 e registou-se também num hospital E.P.E..

Número de cirurgias

- O número médio de cirurgias realizadas nos hospitais em Portugal foi de aproximadamente 17.453;
- O número médio de cirurgias realizadas nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 18.013 e nos hospitais PPP foi de 13.674;
- O número mínimo de cirurgias foi de 3.142 e verificou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo de cirurgias foi de 43.192 e verificou-se também num hospital E.P.E..

Quadro 53 – Caracterização dos inputs e outputs para o ano 2014

Ano 2014	Custos	Nº de DSI	Nº de SHD	Nº de urgências	Nº de consultas	Nº de cirurgias
Global (E.P.E. e PPP)						
Nº de observações	31	31	31	31	31	31
Valor mínimo	21.467.747,6	5.014,0	5.131,0	67.773,0	60.657,0	3.087,0
Valor máximo	419.106.475,5	61.816,0	63.659,0	283.895,0	891.451,0	43.288,0
Média	135.922.066,7	22.023,7	22.585,7	166.529,1	314.583,6	17.531,1
Mediana	85.275.267,9	20.261,0	20.725,0	159.357,0	256.192,0	14.144,0
10º Percentil	31.213.579,3	8.051,6	8.221,2	73.360,2	6.391,4	92.993,4
90º Percentil	377.513.097,5	41.925,6	42.979,2	271.388,2	39.978,6	707.545,8
Desvio Padrão	111.632.427,6	12596,6	12.962,3	62.018,0	216.147,8	11.246,1
Coefficiente de dispersão	0,82	0,57	0,57	0,37	0,69	0,64
Hospitais E.P.E.						
Nº de observações	27	27	27	27	27	27
Valor mínimo	21.467.747,6	5.014,0	5.131,0	67.773,0	60.657,0	3.087,0
Valor máximo	419.106.475,5	61.816,0	63.659,0	283.895,0	891.451,0	43.288,0
Média	143.925.905,9	22.609,6	23.194,6	166.402,5	325.980,6	17.927,9
Mediana	86.805.979,4	20.261,0	20.725,0	153.831,0	256.192,0	14.150,0
10º Percentil	26.795.926,8	6.992,4	7.137,6	72.811,2	6.356,8	82.142,2
90º Percentil	392.142.184,8	43.652,8	44.756,6	274.431,8	41.434,6	729.715,0
Desvio Padrão	117.129.945,1	13.247,4	13.632,0	65.562,9	225.544,0	11.668,2

Coefficiente de dispersão	0,81	0,59	0,59	0,39	0,69	0,65
Hospitais PPP						
Nº de observações	4	4	4	4	4	4
Valor mínimo	51.967.726,3	12.331,0	12.608,0	121.573,0	130.947,0	9.145,0
Valor máximo	132.738.828,2	25.855,0	26.475,0	196.583,0	408.531,0	27.430,0
Média	81.896.151,8	18.068,8	18.475,3	167.383,8	237.654,0	14.852,8
Mediana	71.439.026,4	17.044,5	17.409,0	175.689,5	205.569,0	11.418,0
Desvio Padrão	35.327.444,6	6.469,4	6.619,2	34.750,0	131.384,5	8.593,0
Coefficiente de dispersão	0,43	0,36	0,36	0,21	0,55	0,58

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito ao ano de 2014, verifica-se o seguinte relativamente aos hospitais que integram a amostra:

Custos totais com as unidades hospitalares

- Os custos médios com unidades hospitalares em Portugal foram de aproximadamente 135,9 milhões de euros;
- No caso dos hospitais E.P.E., os custos médios realizados foram de cerca de 143,9 milhões de euros e nos hospitais PPP o valor foi de cerca de 81,9 milhões de euros;
- O valor mínimo de custos foi de 21,5 milhões de euros e registou-se num hospital E.P.E.;
- O valor máximo de custos foi de 419,1 milhões de euros e registou-se também numa unidade E.P.E..

Número de doentes saídos do internamento

- O número médio de doentes saídos do internamento das unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 22.024;
- Nos hospitais E.P.E., o número médio de doentes saídos do internamento foi de aproximadamente 22.610 e nos hospitais PPP este número foi 18.069;
- O valor mínimo de doentes saídos do internamento verificou-se num hospital E.P.E. e foi de 5.014;
- O valor máximo de doentes saídos do internamento verificou-se também num hospital E.P.E. e foi de 61.816.

Número de sessões de hospital de dia

- O número médio de sessões de hospital de dia nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 22.576;
- Nas unidades hospitalares E.P.E. o número médio de sessões de hospital de dia foi de aproximadamente 23.195 e nos hospitais PPP este número foi de 18.475 ;
- O número mínimo foi 5.131 de e registou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 63.659 e registou-se também num hospital E.P.E..

Número de episódios de urgência

- O número médio de episódios de urgência nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 166.529;
- O número médio de episódios de urgência nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 166.403 e nos hospitais PPP foi de 176.384;
- O número mínimo foi de 67.773 e verificou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 283.895 e verificou-se também num hospital E.P.E..

Número total de consultas externas

- O número médio de total de consultas externas realizadas nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 314.584;
- O número médio de consultas externas realizadas nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 325.981 e nos hospitais PPP foi de 237.654;
- O número mínimo foi de 60.657 e registou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 891.451 e registou-se também num hospital E.P.E..

Número de cirurgias

- O número médio de cirurgias realizadas nos hospitais em Portugal foi de aproximadamente 17.531;
- O número médio de cirurgias realizadas nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 17.928 e nos hospitais PPP foi de 14.853;
- O número mínimo de cirurgias foi de 3.087 e verificou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo de cirurgias foi 43.288 e verificou-se também num hospital E.P.E..

Quadro 54 – Caracterização dos *inputs* e *outputs* para o ano 2015

Ano 2015	Custos	Nº de DSI	Nº de SHD	Nº de urgências	Nº de consultas	Nº de cirurgias
Global (E.P.E. e PPP)						
Nº de observações	31	31	31	31	31	31
Valor mínimo	22.491.510,1	5.150,0	5.267,0	66.696,0	65.476,0	4.523,0
Valor máximo	442.794.337,3	61.755,0	63.581,0	350.414,0	912.095,0	44.128,0
Média	141.019.715,8	21.918,8	22.481,2	165.402,3	320.173,6	17.661,5
Mediana	85.416.018,7	20.511,0	20.930,0	160.839,0	262.118,0	14.040,0
10ºPercentil	30.889.687,4	8.077,8	8.247,4	72.575,4	6.470,0	98.565,4
90ºPercentil	390.637.619,0	42.181,4	43.250,6	251.624,0	37.553,8	724.829,6
Desvio Padrão	115.855.651,8	12.438,3	12.803,5	65.768,4	219.852,0	11.376,6
Coefficiente de dispersão	0,82	0,57	0,57	0,40	0,69	0,64
Hospitais E.P.E.						
Nº de observações	27	27	27	27	27	27
Valor mínimo	22.491.510,1	5.150,0	5.267,0	66.696,0	65.476,0	4.523,0
Valor máximo	442.794.337,3	61.755,0	63.581,0	350.414,0	912.095,0	44.128,0
Média	148.979.011,0	22.507,1	23.090,9	164.675,9	330.415,5	17.975,2
Mediana	91.603.710,0	20.708,0	21.145,0	151.222,0	262.118,0	14.040,0
10ºPercentil	26.410.071,4	7.101,8	7.247,0	72.428,8	6.433,4	86.834,8
90ºPercentil	404.154.899,7	43.663,6	44.785,4	258.326,6	38.852,6	739.569,8
Desvio Padrão	121.705.115,4	13.068,9	13.452,7	69.720,2	229.878,6	11.859,7
Coefficiente de dispersão	0,82	0,58	0,58	0,42	0,70	0,66
Hospitais PPP						
Nº de observações	4	4	4	4	4	4
Valor mínimo	54.729.582,4	12.508,0	12.785,0	127.683,0	138.407,0	9.024,0
Valor máximo	140.897.518,7	26.965,0	27.605,0	198.291,0	424.987,0	27.385,0
Média	87.294.473,0	17.948,0	18.365,5	170.305,0	251.040,5	15.544,0
Mediana	76.775.395,3	16.159,5	16.536,0	177.623,0	220.384,0	12.883,5
Desvio Padrão	37.878.671,9	6.538,0	6.702,3	33.017,0	134.349,1	8.272,2
Coefficiente de dispersão	0,43	0,36	0,36	0,19	0,54	0,53

Fonte: Elaboração própria

Da leitura dos valores relativos ao ano 2015, acerca das unidades hospitalares em estudo, verifica-se o seguinte:

Custos totais com as unidades hospitalares

- Os custos médios com unidades hospitalares em Portugal foram de aproximadamente 141 milhões de euros;
- No caso dos hospitais E.P.E., os custos médios foram de cerca de 148,9 milhões de euros e para os hospitais PPP este valor foi cerca de 87,3 milhões de euros;

-
- O valor mínimo de custos foi de 22,5 milhões de euros e verificou-se num hospital E.P.E.;
 - O valor máximo de custos foi de 442,8 milhões de euros e registou-se também numa unidade E.P.E..

Número de doentes saídos do internamento

- O número médio de doentes saídos do internamento das unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 21.918;
- Nos hospitais E.P.E., o número médio de doentes saídos do internamento foi de aproximadamente 22.507 e nos hospitais PPP de 17.948;
- O valor mínimo de doentes saídos do internamento verificou-se num hospital E.P.E. e foi de 5.150;
- O valor máximo de doentes saídos do internamento verificou-se também num hospital E.P.E. e foi de 61.755.

Número de sessões de hospital de dia

- O número médio de sessões de hospital de dia nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 22.481;
- Nas unidades hospitalares E.P.E. o número médio de sessões de hospital de dia foi de aproximadamente 23.090 e nos hospitais PPP este número foi de 18.366;
- O número mínimo foi de 5.267 e registou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 63.581 e registou-se também num hospital E.P.E..

Número de episódios de urgência

- O número médio de episódios de urgência nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 165.402;
- O número médio de episódios de urgência nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 164.676 e nos hospitais PPP foi de 170.305;
- O número mínimo foi de 66.696 e verificou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 350.414 e verificou-se também num hospital E.P.E..

Número total de consultas externas

- O número médio de total de consultas externas realizadas nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 320.174;
- O número médio de consultas externas realizadas nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 330.416 e nos hospitais PPP foi de 251.041;
- O número mínimo foi de 65.476 e registou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 912.095 e registou-se também num hospital E.P.E..

Número de cirurgias

- O número médio de cirurgias realizadas nos hospitais em Portugal foi de aproximadamente 17.662;
- O número médio de cirurgias realizadas nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 17.975 e nos hospitais PPP foi de 15.544;
- O número mínimo de cirurgias foi de 4.523 e verificou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo de cirurgias foi de 44.128 e verificou-se também num hospital E.P.E..

Quadro 55 – Caracterização dos *inputs* e *outputs* para o ano 2016

Ano 2016	Custos	Nº de DSI	Nº de SHD	Nº de urgências	Nº de consultas	Nº de cirurgias
Global (E.P.E. e PPP)						
Nº de observações	31	31	31	31	31	31
Valor mínimo	23.593.154,3	5.178,0	5.295,0	69.751,0	67.880,0	4.561,0
Valor máximo	451.555.522,4	60.205,0	62.013,0	357.174,0	906.054,0	43.840,0
Média	145.543.660,6	21.915,4	22.479,7	173.246,3	320.178,8	17.933,9
Mediana	92.825.024,9	21.087,0	21.524,0	167.182,0	260.439,0	14.115,0
10º Percentil	32.033.930,1	8.083,2	8.246,2	74.999,6	6.891,6	99.607,8
90º Percentil	398.044.983,5	42.115,2	43.180,0	270.748,2	38.240,6	729.614,8
Desvio Padrão	117939576,3	12.343,5	12.704,8	68.357,5	219.146,0	11.321,4
Coeficiente de dispersão	0,81	0,56	0,57	0,39	0,68	0,63
Hospitais E.P.E.						
Nº de observações	27	27	27	27	27	27
Valor mínimo	23.593.154,3	5.178,0	5.295,0	69.751,0	67.880,0	4.561,0
Valor máximo	451.555.522,4	60.205,0	62.013,0	357.174,0	906.054,0	43.840,0
Média	153.592.165,5	22.505,1	23.091,0	172.196,1	330.307,0	18.285,7
Mediana	94.610.732,3	21.409,0	21.821,0	164.071,0	260.439,0	14.115,0
10º Percentil	28.177.075,0	7.190,0	7.335,2	74.861,0	6.837,6	88.301,4
90º Percentil	412.153.390,5	42.986,2	44.072,7	275.007,1	38.727,6	738.617,1
Desvio Padrão	123.989.268,2	12.951,7	13.331,2	72.550,5	228.974,1	11.783,5
Coeficiente de dispersão	0,81	0,58	0,58	0,42	0,69	0,64

Hospitais PPP						
Nº de observações	4	4	4	4	4	4
Valor mínimo	60.736.210,6	12.250,0	12.527,0	140.995,0	138.907,0	9.299,0
Valor máximo	142.399.209,0	27.442,0	28.087,0	207.064,0	433.339,0	27.641,0
Média	91.216.252,2	17.935,0	18.353,3	180.335,0	251.813,0	15.558,8
Mediana	80.864.794,7	16.024,0	16.399,5	186.640,5	217.503,0	12.647,5
Desvio Padrão	36.654.324,5	6.750,2	6.915,0	32.140,0	136.781,1	8.351,2
Coefficiente de dispersão	0,40	0,38	0,38	0,18	0,54	0,54

Fonte: Elaboração própria

De acordo com os valores apresentados no quadro, relativamente aos dados para o ano 2016, verifica-se o seguinte:

Custos totais com as unidades hospitalares

- Os custos médios com unidades hospitalares em Portugal foram de aproximadamente 145,5 milhões de euros;
- No caso dos hospitais E.P.E., os custos médios foram de cerca de 153,6 milhões de euros e para os hospitais PPP este valor foi cerca de 91,2 milhões de euros;
- O valor mínimo de custos foi de 23,6 milhões de euros e verificou-se num hospital E.P.E.;
- O valor máximo de custos foi de 451,6 milhões de euros e registou-se também numa unidade E.P.E..

Número de doentes saídos do internamento

- O número médio de doentes saídos do internamento das unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 21.915;
- Nos hospitais E.P.E., o número médio de doentes saídos do internamento foi de aproximadamente 22.505 e nos hospitais PPP foi de 17.935;
- O valor mínimo de doentes saídos do internamento verificou-se num hospital E.P.E. e foi de 5.178;
- O valor máximo de doentes saídos do internamento verificou-se também num hospital E.P.E. e foi de 60.205.

Número de sessões de hospital de dia

-
- O número médio de sessões de hospital de dia nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 22.480;
 - Nas unidades hospitalares E.P.E. o número médio de sessões de hospital de dia foi de aproximadamente 23.091 e nos hospitais PPP este número foi de 18.353;
 - O número mínimo foi de 5.295 e registou-se num hospital E.P.E.;
 - O número máximo foi de 62.013 e registou-se também num hospital E.P.E..

Número de episódios de urgência

- O número médio de episódios de urgência nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 173.246;
- O número médio de episódios de urgência nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 172.196 e nos hospitais PPP foi de 180.355;
- O número mínimo foi de 69.751 e verificou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 357.174 e verificou-se também num hospital E.P.E..

Número total de consultas externas

- O número médio de total de consultas externas realizadas nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 320.179;
- O número médio de consultas externas realizadas nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 330.307 e nos hospitais PPP foi de 251.813;
- O número mínimo foi de 67.880 e registou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 906.054 e registou-se também num hospital E.P.E..

Número de cirurgias

- O número médio de cirurgias realizadas nos hospitais em Portugal foi de aproximadamente 17.934;
- O número médio de cirurgias realizadas nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 18.286 e nos hospitais PPP foi de 15.559;
- O número mínimo de cirurgias foi de 4.561 e verificou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo de cirurgias foi de 43.840 e verificou-se também num hospital E.P.E..

Quadro 56 – Caracterização dos inputs e outputs para o ano 2017

Ano 2017	Custos	Nº de DSI	Nº de SHD	Nº de urgências	Nº de consultas	Nº de cirurgias
Global (E.P.E. e PPP)						
Nº de observações	31	31	31	31	31	31
Valor mínimo	23.884.990,75	4.923	5.448	66.071	71.656	4.893
Valor máximo	467.724.538,39	58.814	62.633	346.720	892.586	44.585
Média	153.240.276,05	21.552,03	23.523,19	172.084,45	321.611,61	18.215,13
Mediana	97.367.383,13	20.635,00	22.204,00	164.537,00	260.345,00	14.288,00
10º Percentil	50.710.665,61	10.719,00	11.179,00	73.370,00	145.055,00	7.482,00
90º Percentil	363.601.430,84	40.115,00	41.612,00	259.065,00	707.978,00	38.416,00
Desvio Padrão	123.001.457,61	12.044,03	13.472,82	67.842,10	215.290,20	11.292,71
Coefficiente de dispersão	0,80	0,56	0,57	0,39	0,67	0,62
Hospitais E.P.E.						
Nº de observações	27	27	27	27	27	27
Valor mínimo	23.844.990,75	4.923	5.448	66.071	71.656	4.893
Valor máximo	467.724.538,39	58.814	62.633	346.720	892.586	44.585
Média	162.016.835,46	22.043,48	24.213,93	170.896,19	330.917,52	18.519,00
Mediana	99.851.907	20.718,00	22.613,00	163.752,00	260.345,00	15.444,00
10º Percentil	42.800.811,2	9.398,20	9.627,80	73.318,40	127.830,80	7.262,80
90º Percentil	388.119.053	40.698,20	44.313,60	261.325,00	716.706,00	38.580,00
Desvio Padrão	128.896.298	12.690,18	14.141,65	71.979,99	224.602,29	11.747,77
Coefficiente de dispersão	0,796	0,576	0,584	0,421	0,679	0,634
Hospitais PPP						
Nº de observações	4	4	4	4	4	4
Valor mínimo	61.389.000,00	13.892	12.527	142.618	14.5055	9.911
Valor máximo	158.222.000,00	27.018	28.367	209.536	452.537	28.670
Média	93.998.500,00	18.245,75	18.860,75	180.105,25	258.796,75	16.164,00
Mediana	78.191.500,00	16.014,50	17.274,50	184.133,50	218.797,50	13.037,50
Desvio Padrão	43.939.360,87	6.168,92	6.976,83	31.999,80	142.330,80	8.527,95
Coefficiente de dispersão	0,467	0,338	0,370	0,178	0,550	0,528

Fonte: Elaboração própria

Da observação dos valores apresentados no quadro, relativamente aos dados para o ano 2017, pode constatar-se o seguinte:

Custos totais com as unidades hospitalares

- Os custos médios com unidades hospitalares em Portugal foram de aproximadamente 153,2 milhões de euros;

-
- No caso dos hospitais E.P.E., os custos médios foram de cerca de 162 milhões de euros, sendo que nos hospitais PPP este valor foi cerca de 94 milhões de euros;
 - O valor mínimo de custos foi de 23,8 milhões de euros e verificou-se num hospital E.P.E.;
 - O valor máximo de custos foi de 467,7 milhões de euros e registou-se também numa unidade E.P.E..

Número de doentes saídos do internamento

- O número médio de doentes saídos do internamento das unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 21.552;
- Nos hospitais E.P.E., o número médio de doentes saídos do internamento foi de aproximadamente 22.043 e nos hospitais PPP foi de 18.245;
- O valor mínimo de doentes saídos do internamento verificou-se num hospital E.P.E. e foi de 4.923;
- O valor máximo de doentes saídos do internamento verificou-se também num hospital E.P.E. e foi de 58.814.

Número de sessões de hospital de dia

- O número médio de sessões de hospital de dia nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 23.523;
- Nas unidades hospitalares E.P.E. o número médio de sessões de hospital de dia foi de aproximadamente 24.213 e nos hospitais PPP este número foi de 18.860;
- O número mínimo foi de 5.448 e registou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 62.633 e registou-se também num hospital E.P.E..

Número de episódios de urgência

- O número médio de episódios de urgência nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 172.084;
- O número médio de episódios de urgência nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 170.896 e nos hospitais PPP foi de 180.105;
- O número mínimo foi de 66.071 e verificou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 346.720 e verificou-se também num hospital E.P.E..

Número de consultas externas

- O número médio de consultas externas realizadas nos hospitais em Portugal foi de aproximadamente 321.611;
- O número médio de consultas externas realizados nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 330.918 e nos hospitais PPP foi de 258.796;
- O número mínimo de consultas externas foi de 71.656 e ocorreu num hospital E.P.E.;
- O número máximo de consultas externas foi de 892.586 e verificou-se também num hospital E.P.E..

Número total de cirurgias

- O número médio de total de cirurgias realizadas nas unidades hospitalares em Portugal foi de aproximadamente 18.215;
- O número médio de cirurgias realizadas nos hospitais E.P.E. foi de aproximadamente 18.519 e nos hospitais PPP foi de 16.164;
- O número mínimo foi de 4.893 e registou-se num hospital E.P.E.;
- O número máximo foi de 44.585 e registou-se também num hospital E.P.E..

Em seguida, apresenta-se a análise da evolução média de cada uma das variáveis input/output em estudo, ao longo do período temporal definido.

Relativamente ao *input* em estudo, sendo este, os “custos com a atividade assistencial nos hospitais”, pode verificar-se que aumentou ao longo do período em análise, quer para os hospitais E.P.E. quer para os PPP.

Comparando a média dos custos dos hospitais E.P.E. em 2013 e em 2017, verifica-se que esta sofreu um aumento de cerca de 11,9%, sendo que nos hospitais PPP este aumento foi de aproximadamente 22,7%.

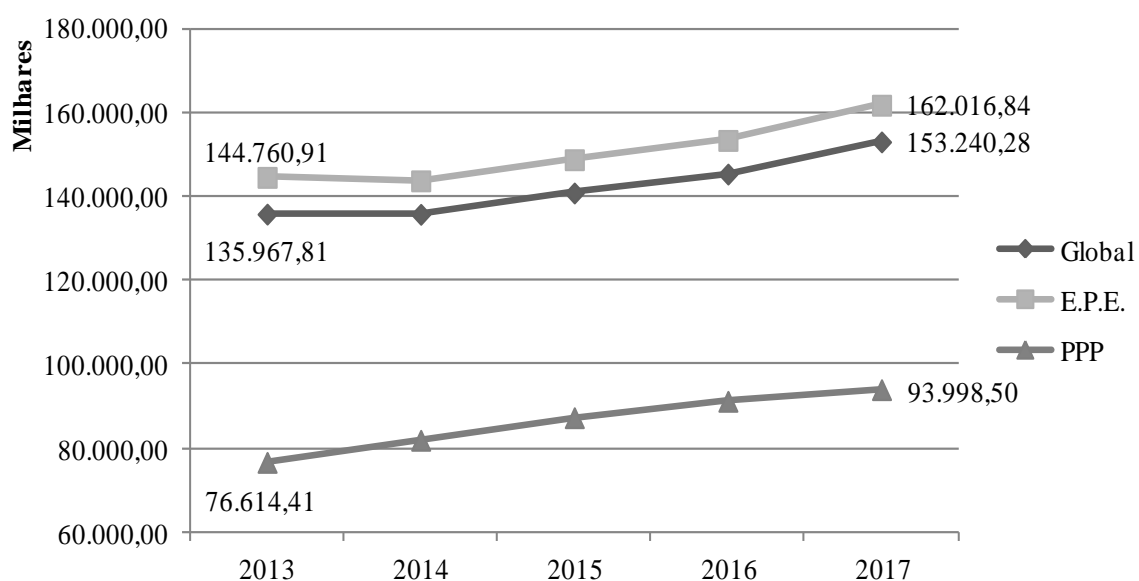


Figura 7 - Comportamento evolutivo dos custos médios com a atividade assistencial nos hospitais, por estatuto jurídico, entre 2013-2017

Fonte: Elaboração própria

Da análise do gráfico referente ao *output* “número médio de doentes saídos do internamento”, constata-se que ocorre uma ligeira descida deste valor na análise global dos hospitais, no entanto, o mesmo não se verifica nas unidades hospitalares em regime de parceria público-privada.

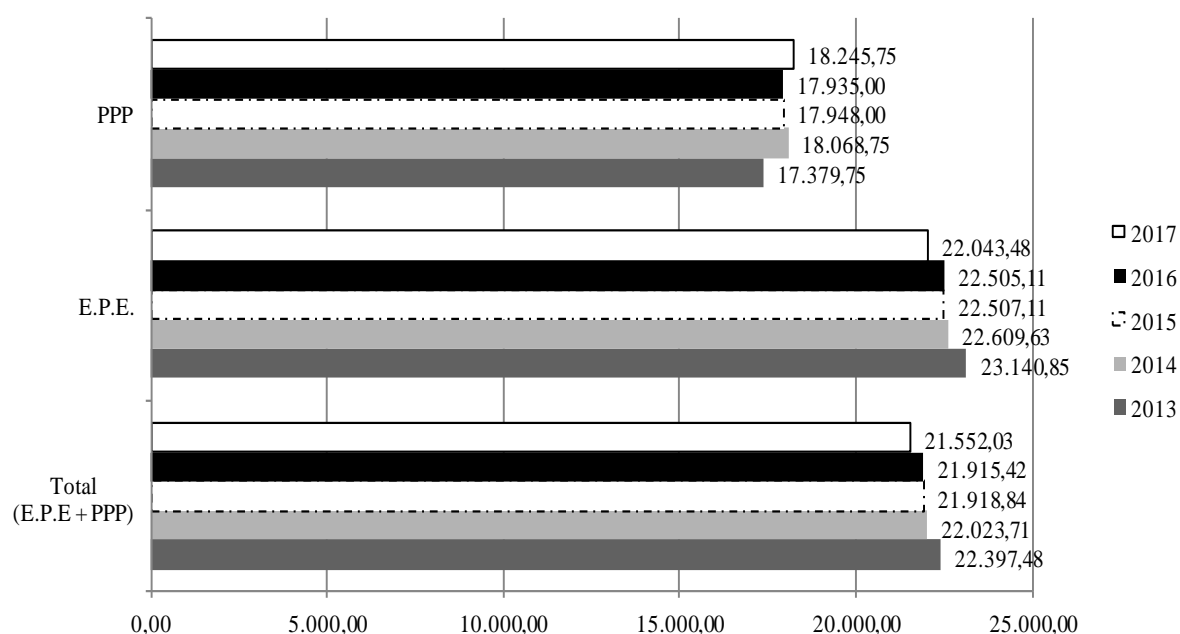


Figura 8 - Comportamento evolutivo do número médio de doentes saídos do internamento hospitalar, por estatuto jurídico, entre 2013-2017

Fonte: Elaboração própria

No ano 2017 verifica-se uma diminuição de cerca de 4,7% comparativamente ao ano 2013, no que diz respeito aos hospitais E.P.E. Contudo, nos hospitais PPP observa-se um aumento 4,9% de no mesmo período.

No que diz respeito ao output “número médio de sessões de hospital de dia”, verifica-se um ligeiro aumento deste valor na globalidade das unidades hospitalares, bem como nos hospitais E.P.E, facto este que não acontece nos hospitais PPP.

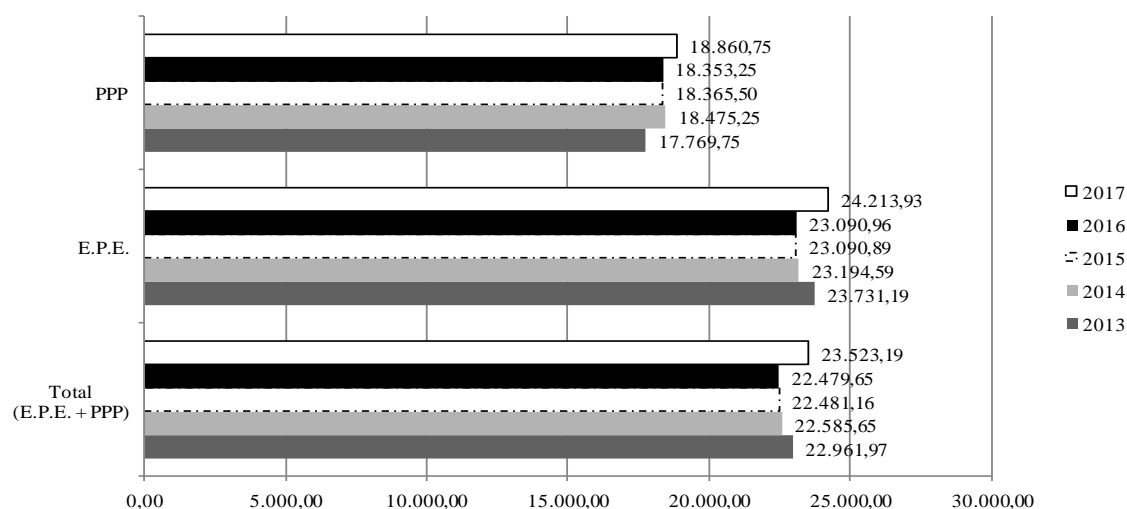


Figura 9 - Comportamento evolutivo do número médio de sessões de hospital de dia, por estatuto jurídico, entre 2013-2017

Fonte: Elaboração própria

Assim, comparando os valores do ano 2017 com os do ano 2013, constata-se um aumento de 2,0% relativamente a este output nos hospitais E.P.E., assim como nos hospitais PPP, sendo que nestes últimos o aumento é de cerca de 6,1%.

Da análise dos valores referentes ao *output* “número médio de episódios de urgência”, constata-se um aumento deste valor, quer ao nível global das unidades hospitalares, quer ao nível das unidades hospitalares E.P.E. e PPP.

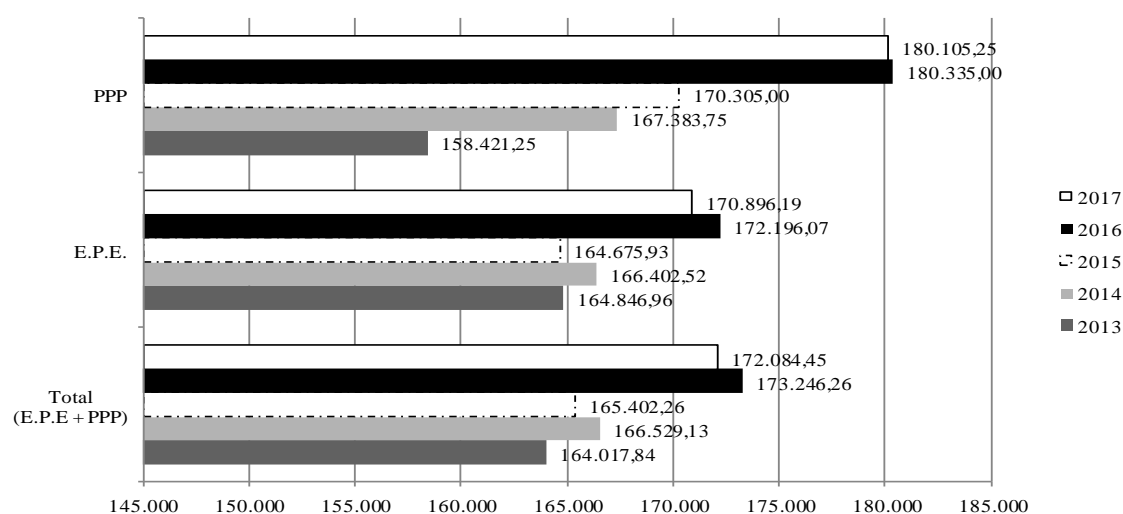


Figura 10 - Comportamento evolutivo do número médio de episódios de urgência, por estatuto jurídico, entre 2013-2017

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito aos hospitais E.P.E., verifica-se um aumento deste valor em cerca de 3,7%, sendo que nos hospitais PPP ocorre um aumento de cerca de 13,7%.

Em relação ao “número médio de consultas externas realizadas” verifica-se um aumento deste *output* ao longo dos anos, quer a nível global, quer ao nível dos hospitais E.P.E. e PPP.

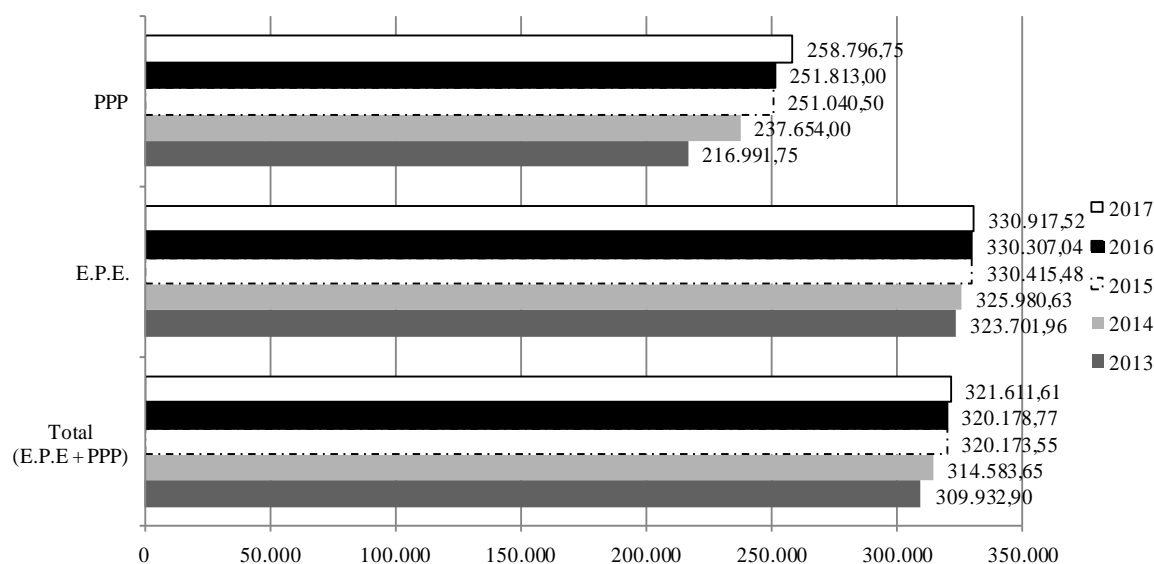


Figura 11 - Comportamento evolutivo do número médio de consultas externas realizadas, por estatuto jurídico, entre 2013-2017

Fonte: Elaboração própria

Comparando o ano 2017 com o ano 2013, existe um aumento deste *input* nas unidades hospitalares em regime E.P.E. de cerca de 2,2%, sendo que nas unidades em regime de PPP ocorre um aumento mais significativo de cerca 19,3%.

Em relação ao *output* “número médio de cirurgias realizadas”, observa-se um aumento deste valor de 2013 para 2017, quer ao nível global, quer ao nível dos hospitais E.P.E. e PPP.

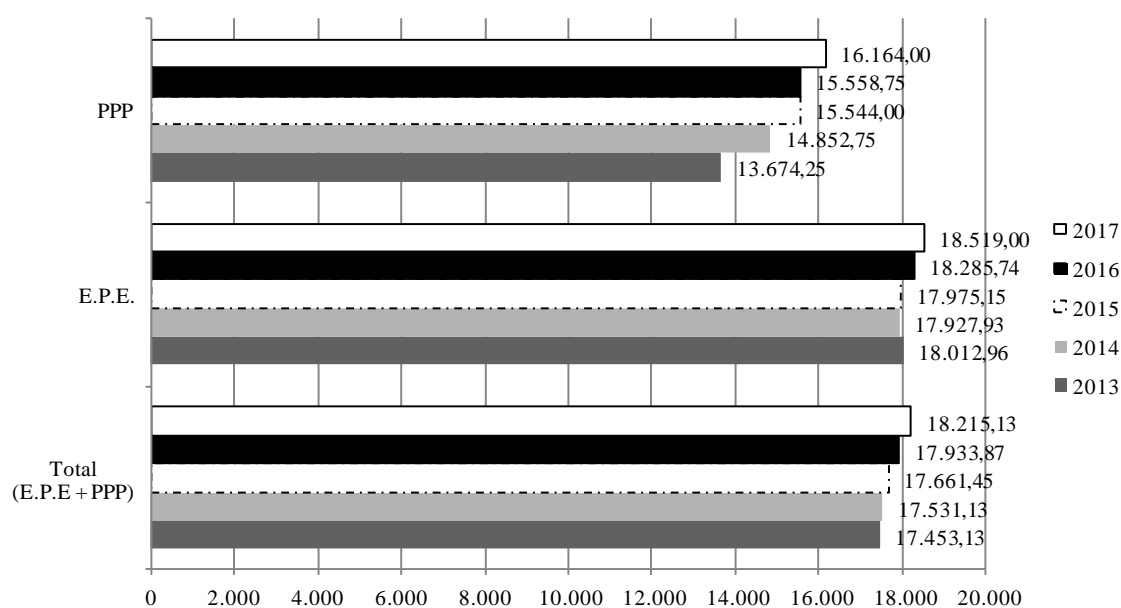


Figura 12 - Comportamento evolutivo do número médio de cirurgias realizadas, por estatuto jurídico, entre 2013-2017

Fonte: Elaboração própria

Nas unidades E.P.E. verifica-se um ligeiro aumento deste *output* de cerca de 2,8%, sendo que ao nível das unidades PPP este se torna mais significativo, com uma percentagem de aumento de cerca de 18,2%.

8.6. Orientações das entrevistas (análise qualitativa)

A realização das entrevistas tem como objetivo complementar os resultados obtidos através da análise quantitativa. Deste modo, pretende-se obter uma informação mais aprofundada sobre aspetos relacionados com o binómio eficiência/qualidade, na perspetiva dos intervenientes da gestão.

Como tal, a realização de entrevistas semi-estruturadas teve como objetivo verificar:

- Qual a percepção dos entrevistados sobre a existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e dos motivos para o mesmo;
- Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

Desta forma, foi elaborado o seguinte guião de entrevista:

Quadro 57 – Guião de entrevista

Tópicos	Questões possíveis
Percepção sobre a relação entre eficiência e qualidade na realidade hospitalar	1. Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade? 2. Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade? 3. Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?
Fatores que influenciam a qualidade nas unidades hospitalares	4. De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais a potenciam? 5. Os atuais termos de referência do Contrato Programa/Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?
Percepção sobre eficiência e qualidade na própria instituição	6. Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

Fonte: Elaboração própria

8.6.1. Definição do modelo

A metodologia qualitativa tem como objeto de estudo a investigação das ideias e dos significados que estão na base dos comportamentos individuais, de acordo com a perspetiva dos seus intervenientes (Coutinho, 2015).

Uma das suas grandes contribuições é esclarecer significados e a forma como os seres humanos se emprenham na criação desses mesmos significados, de forma a dar sentido ao

mundo. Assim, ao observar e analisar comportamentos dentro do seu contexto, este tipo de metodologia pretende captar e compreender diferentes perspectivas, procurando padrões na forma de pensar e agir dos indivíduos (Patton, 2015, pp.3-5).

A par de outras ciências que já usavam este tipo de metodologia há bastante tempo, nos últimos anos as ciências da saúde estão também a realizar pesquisas através de estudos qualitativos (Brinkmann, Jacobsen, & Kristiansen, 2014, p.17).

No presente estudo, pretende-se usar este tipo de metodologia como forma de complemento à abordagem quantitativa, tendo por objetivo compreender melhor as percepções dos intervenientes no processo de gestão, relativamente a um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade. Para tal, as entrevistas serão avaliadas com recurso à análise de conteúdo.

A técnica da análise de conteúdo é útil quando se pretende fazer o entendimento de verbalizações, para além do seu primeiro significado. Pode dizer-se que esta tem como principais objetivos ultrapassar a incerteza e enriquecer a leitura, aumentando a aptidão para a descoberta. Tem também a função de demonstrar a confirmação, ou a não validação, de determinadas afirmações provisórias (Bardin, 2002, p.21-22).

Este tipo de análise recorre à codificação de excertos de texto, em categorias pré-definidas, que são posteriormente descritos recorrendo à análise estatística, sendo por isso por vezes referida como uma abordagem quantitativa aos dados qualitativos. Assim, este tipo de análise minimiza os aspetos subjetivos de codificação e interpretação, aumentando o grau de precisão da pesquisa (Morgan, 1993).

8.6.2. População/amostra

Definiu-se que os entrevistados pertenceriam às unidades hospitalares que apresentassem os maiores diferenciais de eficiência, por grupo hospitalar, de acordo com a disponibilidade dos intervenientes. Em cada uma das unidades foram entrevistados elementos ligados às áreas de gestão, administração, governação clínica e qualidade.

8.6.3. Categorização

Para uma melhor análise do material recolhido nas entrevistas é necessário codificá-lo. Desta forma, através da transformação dos elementos do texto, de acordo com regras definidas, é feita uma decomposição e agregação da informação, o que possibilita uma representação dos principais conteúdos do texto. Assim, no caso de uma análise de categorias, esta organização compreende as seguintes etapas: a decomposição, onde são escolhidas as unidades; a escolha das regras de contagem, e a sua agregação e classificação, através da definição de categorias (Bardin, 2002, p.78).

Deste modo, irá ser utilizada a técnica de análise de conteúdo para o tratamento dos dados, que tem início com o processo de categorização.

Quadro 58 – Definição das categorias e subcategorias

Categorias	Definição	Subcategorias	Definição
Relação entre eficiência e qualidade nas unidades hospitalares	Perceção dos intervenientes no processo de gestão sobre a relação entre eficiência e qualidade nos hospitais e de quais os fatores que estão na base dessa relação	Relação entre eficiência e qualidade	Perceção sobre a existência, ou não, de um <i>trade-off</i> entre eficiência e qualidade
		Fatores de convergência ou divergência	Reflexão sobre os motivos que poderão estar na base das convergências ou divergências entre eficiência e qualidade
		Fatores influenciadores de eficiência e qualidade	Perceção sobre os fatores que podem potenciar ou condicionar o binómio eficiência/qualidade
Fatores que podem influenciar a qualidade nos hospitais	Reflexão dos intervenientes no processo de gestão sobre quais os fatores que podem potenciar ou condicionar a obtenção de bons indicadores de qualidade	Fatores influenciadores da qualidade	Reflexão sobre os fatores potenciadores ou condicionadores da qualidade
		Estímulos à eficiência/qualidade no Contrato Programa/Contrato de Gestão	Perceção sobre a existência de estímulos ao binómio eficiência/qualidade no Contrato Programa/Contrato de Gestão
Avaliação da própria realidade hospitalar relativamente à eficiência e qualidade	Perceção acerca dos resultados de eficiência e qualidade na própria instituição	Resultados de eficiência na própria instituição	Perceção sobre a eficiência na própria unidade hospitalar
		Qualidade na própria instituição	Perceção sobre a qualidade na própria unidade hospitalar

Fonte: Elaboração própria

8.6.4. Aspectos éticos e legais tidos em consideração

Na análise qualitativa deve estar presente uma preocupação com a ética, sendo que os interesses dos indivíduos que estão a participar na investigação devem estar acima dos interesses da pesquisa, ou seja, estes não podem ser prejudicados pelo seu contributo na investigação, mesmo que isso fosse importante para a obtenção de resultados. Deste modo, devem avaliar-se cuidadosamente as consequências que podem advir da publicação dos resultados, bem como obter o consentimento dos entrevistados e o seu acesso à informação que se pretende conseguir com a investigação (Debert, 2003).

Assim, os entrevistados foram informados dos objetivos a que a investigação se propõe, sendo que a confidencialidade e a preservação da sua identidade foi mantida durante o processo. A informação disponível diz respeito apenas aos resultados das entrevistas, sendo que todos os intervenientes foram devidamente esclarecidos relativamente a estas questões.

9. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

9.1. Apresentação e análise dos resultados

A apresentação, análise e discussão dos resultados do estudo é realizada em função de cada uma das hipóteses definidas:

- H1: Os hospitais em regime de PPP são mais eficientes que os hospitais E.P.E..
- H2: Os hospitais em regime de PPP são mais produtivos que os hospitais E.P.E..
- H3: Os hospitais PPP, criados em regime de substituição, são mais produtivos do que eram previamente à introdução da parceria.
- H4: Os hospitais considerados mais eficientes, em cada grupo hospitalar, são aqueles que apresentam melhores indicadores de qualidade.

9.1.1. Hipótese 1

H1 - Os hospitais em regime de PPP são mais eficientes que os hospitais E.P.E..

Para verificar esta hipótese procedeu-se a uma avaliação da eficiência técnica ao nível da gestão, numa primeira fase, com recurso à metodologia da *Data Envelopment Analysis*. Nos resultados, verificou-se a existência de várias DMU's, em cada um dos anos, com uma eficiência não radial (SBM) igual a 1.

No ano 2013, foram 14 as unidades hospitalares consideradas eficientes relativamente à fronteira de eficiência definida para o ano (quadro 59).

Quadro 59 – *Ranking de scores* de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2013

<i>Rank</i>	<i>DMU</i>	<i>Score</i>
1	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,000

1	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	1,000
1	Hospital de Braga, PPP	1,000
1	Hospital de Loures, PPP	1,000
1	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	1,000
1	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1,000
15	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,000
16	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,897
17	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	0,870
18	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	0,786
19	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,769
20	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,764
21	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,753
22	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,740
23	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,712
24	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,689
25	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,682
26	Hospital de Cascais, PPP	0,651
27	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,622
28	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,595
29	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,579
30	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,570
31	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,551

Fonte: Elaboração própria

No ano 2014, foram 13 as unidades hospitalares consideradas eficientes relativamente à fronteira de eficiência definida para o ano.

Quadro 60 – *Ranking de scores* de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2014

<i>Rank</i>	<i>DMU</i>	<i>Score</i>
1	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,000
1	Hospital de Braga, PPP	1,000
1	Hospital de Loures, PPP	1,000
1	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,000
1	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	1,000
1	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1,000
14	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,000
15	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,897
16	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,891

17	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,876
18	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,840
19	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	0,815
20	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,770
21	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,748
22	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,741
23	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,713
24	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,676
25	Hospital de Cascais, PPP	0,666
26	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,642
27	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,622
28	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,611
29	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,582
30	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,553
31	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,540

Fonte: Elaboração própria

No ano 2015, foram 11 as unidades hospitalares consideradas eficientes relativamente à fronteira de eficiência definida para o ano.

Quadro 61 – *Ranking de scores de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2015*

<i>Rank</i>	<i>DMU</i>	<i>Score</i>
1	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,000
1	Hospital de Braga, PPP	1,000
1	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,000
1	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1,000
12	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,907
13	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,886
14	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,873
15	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,860
16	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,859
17	Hospital de Loures, PPP	0,846
18	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,805
19	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,759
20	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	0,757
21	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,747
22	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,733
23	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,709
24	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,686

25	Hospital de Cascais, PPP	0,658
26	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,647
27	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,607
28	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,594
29	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,545
30	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,534
31	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,525

Fonte: Elaboração própria

No ano 2016, foram também 11 as unidades hospitalares consideradas eficientes relativamente à fronteira de eficiência definida para o ano.

Quadro 62 – *Ranking de scores de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2016*

<i>Rank</i>	<i>DMU</i>	<i>Score</i>
1	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,000
1	Hospital de Braga, PPP	1,000
1	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,000
1	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1,000
12	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,884
13	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,879
14	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,859
15	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,850
16	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,834
17	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,813
18	Hospital de Loures, PPP	0,809
19	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,792
20	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,752
21	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	0,751
22	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,734
23	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,695
24	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,688
25	Hospital de Cascais, PPP	0,685
26	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,674
27	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,660
28	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,588
29	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,565
30	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,564
31	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,543

Fonte: Elaboração própria

No ano 2017, foram 12 (mais uma relativamente ao ano anterior) as unidades hospitalares consideradas eficientes relativamente à fronteira de eficiência definida para o ano.

Quadro 63 – *Ranking* de *scores* de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2017

<i>Rank</i>	DMU	<i>Score</i>
1	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,000
1	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,000
1	Hospital de Braga, PPP	1,000
1	Hospital de Loures, PPP	1,000
1	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	1,000
1	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,000
1	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1,000
13	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,944
14	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,902
15	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,880
16	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,815
17	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,814
18	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,814
19	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,786
20	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,780
21	Hospital de Cascais, PPP	0,764
22	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	0,751
23	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,740
24	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,709
25	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,686
26	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,680
27	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,671
28	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,606
29	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,579
30	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,558
31	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,549

Fonte: Elaboração própria

Os dados obtidos apenas permitem distinguir as unidades eficientes das não eficientes em cada ano. O quadro seguinte apresenta o número de unidades hospitalares consideradas eficientes (*score*=1) para o período estudado e em função do estatuto jurídico.

Quadro 64 – Número de unidades hospitalares eficientes, por regime jurídico, entre 2013 e 2017

Ano	Total de hospitais	Unidades hospitalares eficientes		
		Nº total	E.P.E.	PPP
2013	31	15	13	2
2014	31	13	11	2
2015	31	11	10	1
2016	31	11	10	1
2017	31	12	9	3

Fonte: Elaboração própria

Nos anos 2013 e 2014 a percentagem de unidades hospitalares E.P.E. eficientes foi de 48,1 % e de 40,7% respetivamente, sendo que no período homólogo a percentagem de unidades hospitalares em regime de PPP foi significativamente superior, com 50% de unidades eficientes. Nos anos 2015 e 2016 o número de unidades E.P.E. eficientes caiu para 37,0% e nas unidades PPP para 25%. No entanto, no ano 2017 o número de unidades eficientes PPP aumentou para 75%, sendo que nas E.P.E. baixou para o menor valor dos anos em análise, com 33,3%.

Para possibilitar uma maior discriminação e análise entre as unidades em estudo, recorreu-se ao uso do conceito de Supereficiência introduzido por Andersen e Petersen (1993), que permite diferenciar o score de eficiência entre as unidades consideradas eficientes (que apresentam $score=1$ limitado pelo modelo anterior), cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes.

Quadro 65 – *Ranking* de *scores* de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2013 (com critérios de supereficiência)

Rank	DMU	Score
1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,153
2	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,115
3	Hospital de Loures, PPP	1,097
4	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	1,064
5	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,057
6	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,053
7	Hospital de Braga, PPP	1,038
8	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,034
9	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,024
10	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	1,023
11	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,010
12	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	1,006
13	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	1,003

14	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1,000
15	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,000
16	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,897
17	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	0,870
18	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	0,786
19	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,769
20	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,764
21	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,753
22	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,740
23	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,712
24	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,689
25	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,682
26	Hospital de Cascais, PPP	0,651
27	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,622
28	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,595
29	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,579
30	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,570
31	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,550

Fonte: Elaboração própria

Quadro 66 – *Ranking de scores* de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2014 (com critérios de supereficiência)

<i>Rank</i>	DMU	<u>Score</u>
1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,153
2	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,066
3	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,064
4	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,042
5	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,034
6	Hospital de Loures, PPP	1,034
7	Hospital de Braga, PPP	1,028
8	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	1,027
9	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,023
10	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1,010
11	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,007
12	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	1,005
13	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,004
14	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1,000
15	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,897
16	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,891
17	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,876
18	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,840
19	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	0,815
20	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,770
21	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,748
22	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,741
23	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,713
24	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,676

25	Hospital de Cascais, PPP	0,666
26	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,642
27	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,622
28	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,611
29	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,581
30	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,553
31	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,540

Fonte: Elaboração própria

Quadro 67 – *Ranking de scores* de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2015 (com critérios de supereficiência)

<i>Rank</i>	<i>DMU</i>	<i>Score</i>
1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,221
2	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,106
3	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,066
4	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1,058
5	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,041
6	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,028
7	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,021
8	Hospital de Braga, PPP	1,016
9	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,010
10	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,002
11	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1,000
12	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,907
13	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,886
14	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,873
15	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,860
16	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,859
17	Hospital de Loures, PPP	0,846
18	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,805
19	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,759
20	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	0,757
21	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,747
22	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,732
23	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,709
24	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,686
25	Hospital de Cascais, PPP	0,658
26	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,647
27	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,607
28	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,594
29	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,545
30	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,534
31	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,525

Fonte: Elaboração própria

Quadro 68 – *Ranking de scores* de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2016 (com critérios de supereficiência)

<i>Rank</i>	<i>DMU</i>	<i>Score</i>
1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,209
2	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,104
3	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,066
4	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,059
5	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1,054
6	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,049
7	Hospital de Braga, PPP	1,037
8	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,028
9	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,024
10	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,012
11	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1,000
12	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,884
13	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,879
14	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,859
15	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,850
16	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,834
17	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,813
18	Hospital de Loures, PPP	0,809
19	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,792
20	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,752
21	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	0,750
22	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,734
23	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,695
24	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,688
25	Hospital de Cascais, PPP	0,685
26	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,674
27	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,660
28	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,588
29	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,565
30	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,564
31	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,543

Fonte: Elaboração própria

Quadro 69 – *Ranking de scores* de eficiência de todas as unidades em estudo, no ano 2017 (com critérios de supereficiência)

<i>Rank</i>	<i>DMU</i>	<i>Score</i>
1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,171
2	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,097
3	Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE	1,056
4	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,050
5	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,048
6	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,047
7	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,040
8	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,030

9	Hospital de Braga, PPP	1,026
10	Hospital de Loures, PPP	1,025
11	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	1,004
12	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1,000
13	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,944
14	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,901
15	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,880
16	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,815
17	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,814
18	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,814
19	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,786
20	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,780
21	Hospital de Cascais, PPP	0,758
22	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	0,751
23	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,740
24	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,709
25	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,686
26	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,680
27	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,671
28	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,606
29	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,579
30	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,558
31	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,549

Fonte: Elaboração própria

Da observação dos quadros anteriores pode verificar-se que algumas unidades hospitalares se encontram entre as melhores classificadas em todos os anos em análise, nomeadamente:

- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E;
- Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E;
- Centro Hospitalar de São João, E.P.E;
- Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E;
- Hospital de Braga, PPP;
- Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E;
- Centro Hospitalar do Porto, E.P.E;
- Hospital Santa Maria Maior, E.P.E;
- Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.

De salientar também que o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. é a unidade mais eficiente em todo o período temporal analisado.

Entre os hospitais com *scores* mais baixos de eficiência ao longo do período em estudo, observam-se as seguintes unidades:

- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
- Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
- Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.
- Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
- Hospital de Cascais, PPP
- Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E.
- Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E.

No que diz respeito às unidades PPP, verificou-se que:

- O hospital de Braga ocupa sempre posições acima do top10 da tabela em todos os anos. O hospital de Cascais ficou sempre no terço inferior da tabela em todos os anos.
- O Hospital de Loures ficou bem posicionado nos anos 2013 e 2014, e, apesar de ter registado uma queda bastante acentuada no biénio seguinte, recupera a décima posição em 2017.
- O Hospital de Vila Franca de Xira obteve *scores* inferiores a um em todo o período analisado, ocupando sempre posições a meio da tabela, apesar de ter registado uma ligeira melhoria nos últimos anos, nomeadamente em 2017 com uma 11^a posição.

Tendo por base os resultados obtidos, procedeu-se em primeiro lugar a uma análise estatística global, tendo por base os seguintes elementos estatísticos: média, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo e coeficiente de dispersão (quadro 70).

Quadro 70 – Elementos estatísticos sobre os *scores* de eficiência dos hospitais em estudo E.P.E e PPP, entre 2013 e 2017

Ano	Média	Mínimo	Máximo	Desvio-padrão	Coeficiente de dispersão
2013	0,846	0,550	1,153	0,192	0,227
2014	0,840	0,540	1,153	0,185	0,220
2015	0,820	0,525	1,221	0,190	0,232
2016	0,827	0,543	1,209	0,185	0,223
2017	0,839	0,549	1,171	0,180	0,214

Fonte: Elaboração própria

Da análise do quadro anterior pode constatar-se que os valores máximos (que correspondem a unidades eficientes, com *score* ≥ 1) são mais elevados nos anos 2015 e 2016 (1,221 e 1.209, respetivamente). No entanto, os resultados de eficiência mais baixos verificam-se no ano 2015 (0,525).

Como tal, o valor mais elevado do coeficiente de dispersão registou-se no ano 2015 (23,2%), o que significa que existe uma maior dispersão entre os dados relativamente à média e uma menor homogeneidade no conjunto de dados. Por outro lado, foi no ano 2017 que se verificou o menor valor do coeficiente de dispersão (21,4%), dada a menor dispersão relativamente à média.

O valor médio de eficiência é menor no ano 2015 (0,82) e atinge o seu maior resultado em 2013 (0,846), o que significa que houve um decréscimo acentuado deste indicador ao longo deste biénio. O ano 2013 apresenta um valor médio de eficiência superior ao de 2017, o que indica uma quebra da eficiência média relativamente ao primeiro ano em estudo.

Apesar da média dos *scores* de eficiência ser inferior a 1 ao longo dos anos em estudo, verifica-se que estes valores têm uma média elevada (0,833), ou seja, um valor próximo da fronteira de eficiência.

Após esta análise preliminar que contemplou todas as unidades em estudo, em seguida procede-se à apresentação dos resultados de forma separada para cada um dos estatutos jurídicos em estudo (hospitais E.P.E. vs hospitais PPP).

Quadro 71 - Elementos estatísticos sobre os *scores* de eficiência dos hospitais E.P.E., entre 2013 e 2017

Unidade Hospitalar	2013	2014	2015	2016	2017	Média	Desvio-padrão	Coefficiente de dispersão
CH Barreiro-Montijo, E.P.E.	0,570	0,553	0,545	0,565	0,579	0,562	0,014	0,024
CH Cova da Beira, E.P.E.	0,595	0,622	0,607	0,660	0,680	0,632	0,036	0,057
CH Leiria-Pombal, E.P.E.	1,024	1,034	1,041	1,059	1,048	1,041	0,013	0,013
CH Lisboa Central, E.P.E.	1,006	0,891	0,859	0,859	0,880	0,897	0,061	0,068
CH Lisboa Ocidental, E.P.E.	0,712	0,713	0,709	0,688	0,686	0,701	0,013	0,019
CH São João, E.P.E.	1,053	1,042	1,028	1,028	1,040	1,038	0,011	0,010
CH Setúbal, E.P.E.	0,579	0,581	0,594	0,588	0,606	0,590	0,011	0,019
CH Algarve, EPE	0,786	1,010	1,058	1,054	1,056	0,987	0,117	0,119
H Senhora da Oliveira, E.P.E.	0,870	0,815	0,757	0,750	0,751	0,787	0,053	0,067
CH Baixo Vouga, E.P.E.	0,764	0,741	0,732	0,734	0,740	0,742	0,013	0,017
CH Médio Ave, E.P.E.	1,057	1,007	1,002	1,024	1,047	1,027	0,024	0,024
CH Porto, E.P.E.	1,010	1,004	1,010	1,012	0,780	0,958	0,102	0,107
CH Universitário de Coimbra, E.P.E.	1,153	1,153	1,221	1,209	1,171	1,181	0,032	0,027
CH Entre Douro e Vouga, E.P.E.	1,023	1,005	0,907	0,884	0,944	0,951	0,060	0,063
CH Tondela-Viseu, E.P.E.	0,897	0,897	0,886	0,834	0,814	0,865	0,039	0,045
CH Lisboa Norte, E.P.E.	0,740	0,748	0,759	0,792	0,814	0,770	0,031	0,041
CH Médio Tejo, E.P.E.	0,682	0,642	0,647	0,674	0,671	0,663	0,018	0,027
CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	1,115	1,064	1,066	1,049	1,030	1,064	0,032	0,030
CH Tâmega e Sousa, E.P.E.	1,034	1,066	1,106	1,104	1,097	1,081	0,031	0,029
CH Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	0,769	0,770	0,747	0,752	0,786	0,765	0,016	0,020
CH Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	1,003	0,876	0,805	0,813	0,815	0,859	0,084	0,097
HD Figueira da Foz, E.P.E.	1,000	1,023	1,021	1,066	1,050	1,032	0,026	0,025
HD Santarém, E.P.E.	0,622	0,611	0,534	0,564	0,558	0,577	0,037	0,065
H Espírito Santo de Évora, EPE	0,550	0,540	0,525	0,543	0,549	0,541	0,010	0,019
H Fernando da Fonseca, E.P.E.	1,064	1,027	0,860	0,879	0,901	0,943	0,093	0,098
H Garcia de Orta, E.P.E.	0,689	0,676	0,686	0,695	0,709	0,691	0,012	0,018
H Santa Maria Maior, E.P.E.	1,00	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,000	0,000
Mínimo	0,550	0,540	0,525	0,543	0,549			
Máximo	1,153	1,153	1,221	1,209	1,171			
Média	0,843	0,834	0,818	0,826	0,825			
Desvio-padrão	0,192	0,189	0,198	0,192	0,184			
Coefficiente de dispersão	0,228	0,226	0,242	0,233	0,223			

Fonte: Elaboração própria

No grupo dos hospitais E.P.E., o valor mínimo dos *scores* de eficiência (0,525) regista-se no ano 2015 no Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. (Região do Alentejo). Em contrapartida, o valor máximo de eficiência (1,221) regista-se também no ano 2015, mas a Norte, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E..

O valor mínimo no início do estudo (0,550) é ligeiramente superior àquele que é registado no último ano (0,549). Contudo, no que diz respeito ao valor máximo da amostra, o valor do último ano em análise (1,171) é superior ao que se observa no ano de 2013 (1,153).

Os coeficientes de dispersão registam um ligeiro aumento em 2015 (24,2%) e em 2017 (22,3%), o que demonstra uma maior dispersão dos resultados desses anos relativamente à média observada. O último ano em estudo (2017) apresenta o menor valor do coeficiente de dispersão (22,3%), sendo por isso o período com maior homogeneidade nos resultados.

A unidade hospitalar que mantém uma menor dispersão do valor da eficiência (0%) em relação à média, ao longo do período em estudo é o Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E. verificando, deste modo, uma maior homogeneidade nos valores dos scores de eficiência (sempre =1). Com uma tendência inversa, observa-se o Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. que apresenta a maior dispersão do valor da eficiência em relação à média (11,9%).

O maior valor médio dos resultados de eficiência nos hospitais E.P.E. regista-se no ano 2013 (0,843), enquanto que o menor valor se verifica no ano 2015 (0,818). Observa-se um decréscimo deste valor entre 2013 e 2017, contudo com uma amplitude relativamente baixa de 0,018.

A unidade hospitalar que regista a média de eficiência mais baixa ao longo do período em estudo é o Hospital do Espírito Santo em Évora, E.P.E. (0,541) e a que verifica o valor mais elevado no período homólogo é o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (1,181).

Em termos globais, a eficiência média nos hospitais E.P.E., nos cinco anos em estudo, é de 0,829, um valor inferior ao que é observado para a totalidade dos hospitais analisados no estudo (0,835). Isto significa que as unidades PPP têm um impacto positivo na eficiência global do parque hospitalar público. O quadro seguinte apresenta os resultados em termos da evolução analisados em função dos mesmos elementos analíticos aplicados aos hospitais E.P.E.

Quadro 72 – Elementos estatísticos sobre os *scores* de eficiência dos hospitais PPP, entre 2013 e 2017

Unidade Hospitalar	2013	2014	2015	2016	2017	Média	Desvio-padrão	Coefficiente de dispersão
Hospital de Braga, PPP	1,038	1,028	1,016	1,037	1,026	1,029	0,009	0,009
Hospital de Cascais, PPP	0,651	0,666	0,658	0,685	0,758	0,683	0,043	0,064
Hospital de Loures, PPP	1,097	1,034	0,846	0,809	1,025	0,955	0,127	0,133
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,753	0,840	0,873	0,850	1,004	0,860	0,091	0,105
Mínimo	0,651	0,666	0,658	0,685	0,758			
Máximo	1,038	1,034	1,016	1,037	1,026			
Média	0,865	0,878	0,838	0,836	0,946			
Desvio-padrão	0,217	0,175	0,147	0,146	0,131			
Coefficiente de dispersão	0,251	0,200	0,176	0,174	0,138			

Fonte: Elaboração própria

No grupo dos hospitais PPP, o valor mínimo dos *scores* de eficiência ao longo do período analisado, verificou-se no ano 2013 no Hospital de Cascais. Quanto ao valor máximo, este registou-se também no ano 2013 com um score de 1,097 registado na PPP de Loures.

Entre 2013 e 2017, o valor mínimo registado no início do estudo (0,651) é inferior ao valor observado no último ano (0,758). De igual forma, no que diz respeito ao valor máximo da amostra, o valor do ano 2013 (1,038) é superior ao que se observa no último ano em análise (1,026). Contudo, a sua amplitude no valor máximo é muito baixa (0,012), não representando um acentuado decréscimo entre estes valores.

De um modo geral, os valores dos coeficientes de dispersão são relativamente baixos, no período 2013-2017. No entanto, os seus valores registam um aumento em 2013 (25,1%) e 2014 (20,0%), representando uma maior dispersão entre os dados, nestes anos, relativamente à média. No ano 2017 observa-se o menor valor do coeficiente de dispersão (13,8%), sendo por isso o período com maior homogeneidade dos dados.

A unidade hospitalar que mantém uma menor dispersão do valor da eficiência (0,9%) em relação à média, ao longo do período em estudo, é o Hospital de Braga, que desta forma apresenta uma maior homogeneidade nos seus *scores* de eficiência. Contrariamente, com uma maior dispersão do valor da eficiência em relação à média (13,3%), encontra-se o Hospital de Loures, PPP.

No ano 2017 regista-se o maior valor médio da eficiência (0,946), sendo que o menor valor se verifica no ano de 2016 (0,836). Assim, pode observar-se um crescimento, entre o primeiro e o último ano em estudo, com uma amplitude de 0,11.

A unidade hospitalar, em regime de PPP, que regista a média de eficiência mais baixa (0,683) ao longo do período 2013-2017 é o Hospital de Cascais, e a que apresenta o valor mais elevado, para o mesmo período de tempo, é o Hospital de Braga, PPP (1,029).

De forma global, verifica-se que a eficiência média anual, ao longo do tempo, é mais elevada nos hospitais PPP, com valores mais próximos da fronteira de eficiência que os hospitais E.P.E., conforme se pode observar na figura seguinte.

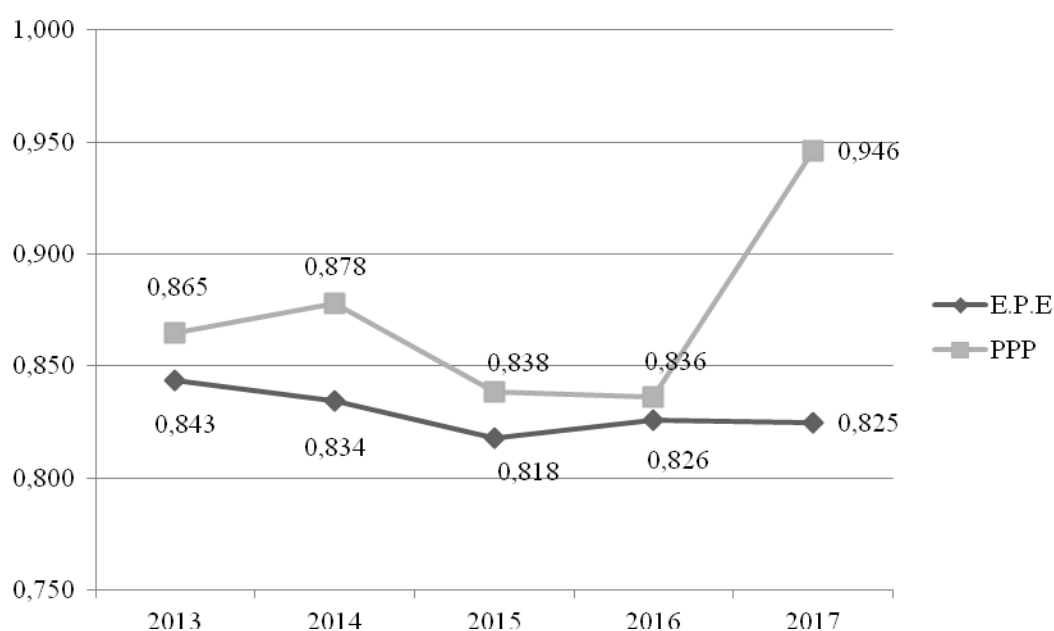


Figura 13 - Evolução dos resultados de eficiência média das unidades hospitalares E.P.E. e PPP, entre 2013 e 2017

Fonte: Elaboração própria

Observando o gráfico anterior pode ainda concluir-se que o comportamento da eficiência média das unidades em regime de E.P.E. e PPP se aproximou no ano 2016. Como tal, desde o final do ano 2015, as unidades E.P.E. iniciaram uma trajetória crescente dos seus resultados de eficiência que as aproxima dos hospitais PPP (diferindo apenas em 0,01 no ano 2016). Contudo, os hospitais PPP no ano 2017 aumentaram a sua atividade, nomeadamente em

termos de realização de consultas médicas de especialidade, o que fez diferença nos resultados.

Tendo em conta os resultados obtidos, verifica-se a hipótese em estudo, pelo que os hospitais PPP, no período de tempo analisado, são mais eficientes que os hospitais E.P.E., apesar das diferenças verificadas não serem estatisticamente significativas.

9.1.2. Hipótese 2

H2: Os hospitais em regime de PPP são mais produtivos que os hospitais E.P.E..

Para avaliar o comportamento da produtividade das unidades E.P.E. e PPP procedeu-se ao apuramento do índice de produtividade de Malmquist a partir dos valores dos *scores* de eficiência obtidos.

Deste modo, apresentam-se no quadro seguinte os valores do índice de Malmquist, entre 2013 e 2017.

Quadro 73 - Evolução da produtividade dos centros hospitalares, no período 2013-2017

	2014/13			2015/14			2016/15			2017/16		
	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.M.	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.M.	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.M.	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.M.
CH BM, EPE	0,970	1,029	0,998	0,985	1,032	1,017	1,036	0,984	1,020	1,026	1,027	1,054
CHCB, EPE	1,045	0,981	1,025	0,976	1,008	0,984	1,086	0,943	1,024	1,032	1,030	1,062
CH L, EPE	1,010	0,994	1,004	1,007	1,007	1,014	1,017	0,988	1,004	0,990	1,024	1,013
CH LC, EPE	0,885	1,085	0,960	0,965	1,039	1,003	0,999	0,993	0,992	1,024	1,008	1,032
CH LO, EPE	1,002	1,018	1,020	0,995	1,010	1,005	0,971	1,029	0,998	0,997	1,026	1,023
CHSJ, EPE	0,990	1,005	0,995	0,986	1,018	1,005	1,001	0,995	0,996	1,012	0,999	1,011
CH S, EPE	1,004	0,994	0,998	1,021	1,005	1,026	0,991	0,988	0,978	1,031	0,990	1,021
CHUA, EPE	1,286	0,782	1,006	1,047	0,965	1,010	0,996	0,889	0,886	1,002	1,007	1,009
CHBV EPE	0,970	1,047	1,015	0,988	0,974	0,962	1,003	1,037	1,040	1,008	1,051	1,060
CHMA, EPE	0,952	1,044	0,994	0,996	1,090	1,085	1,022	0,985	1,007	1,022	1,003	1,026
CH P, EPE	0,994	0,993	0,987	1,006	0,725	0,730	1,002	1,043	1,045	0,771	1,322	1,019
CHUC, EPE	1,000	1,014	1,013	1,059	0,888	0,941	0,990	1,013	1,003	0,969	1,011	0,979
CHEDV, EPE	0,983	1,009	0,992	0,902	1,061	0,957	0,975	1,019	0,993	1,067	1,046	1,117
CHLN, EPE	1,011	0,992	1,003	1,014	0,730	0,740	1,044	0,991	1,034	1,028	1,004	1,033
CH MT, EPE	0,942	1,041	0,981	1,007	1,025	1,032	1,042	0,964	1,005	0,995	1,064	1,059
CHPV/VC, EPE	0,954	1,043	0,995	1,002	0,980	0,982	0,984	1,022	1,006	0,982	1,049	1,030

CHTS, EPE	1,031	0,988	1,019	1,037	0,623	0,646	0,999	1,288	1,287	0,993	1,026	1,020
CHTV, EPE	1,000	0,985	0,984	0,988	0,924	0,913	0,941	1,054	0,992	0,976	1,051	1,026
CHTMAD, EPE	1,001	1,003	1,004	0,970	1,018	0,987	1,007	0,979	0,986	1,045	0,981	1,025
CHVNG/E, EPE	0,873	1,069	0,933	0,919	1,030	0,947	1,010	0,991	1,001	1,003	1,026	1,029
HSO, EPE	0,937	1,034	0,968	0,930	1,032	0,960	0,991	0,997	0,988	1,000	1,047	1,047
HB, PPP	0,990	0,999	0,989	0,988	1,000	0,988	1,020	0,991	1,012	0,989	1,019	1,008
HC, PPP	1,023	0,979	1,001	0,987	1,012	0,999	1,042	0,972	1,012	1,106	0,962	1,064
HL, PPP	0,942	1,041	0,981	0,818	1,205	0,986	0,956	1,021	0,977	1,267	0,892	1,129
HVFX, PPP	1,115	0,952	1,062	1,040	0,963	1,002	0,973	1,105	1,076	1,181	0,987	1,166
HDFE, EPE	1,023	0,986	1,009	0,998	1,003	1,001	1,045	1,004	1,049	0,985	1,032	1,016
HDS, EPE	0,983	1,022	1,004	0,874	1,086	0,949	1,056	0,944	0,997	0,989	1,067	1,055
HESE, EPE	0,981	1,002	0,983	0,972	1,035	1,006	1,035	0,954	0,988	1,010	1,058	1,069
HFF, EPE	0,966	1,026	0,990	0,837	1,102	0,922	1,022	0,962	0,983	1,026	1,012	1,038
HGO, EPE	0,982	1,015	0,996	1,015	0,965	0,979	1,013	0,991	1,004	1,020	1,006	1,026
HSMM, EPE	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Média (E.P.E.+PPP)	0,995	1,005	0,997	0,978	0,986	0,961	1,009	1,004	1,012	1,018	1,027	1,041
Média (E.P.E.)	0,992	1,007	0,995	0,981	0,977	0,956	1,010	1,002	1,011	1,000	1,036	1,033
Média (PPP)	1,017	0,993	1,008	0,958	1,045	0,994	0,998	1,022	1,019	1,136	0,965	1,092

Fonte: Elaboração própria

Ao observar os resultados obtidos observa-se que:

- 4 hospitais E.P.E. apresentaram a maior variação da produtividade entre 2013 e 2014;
- 9 hospitais E.P.E. e 1 PPP apresentaram a maior variação da produtividade entre 2014 e 2015;
- 15 hospitais E.P.E. e 3 PPP hospitalares apresentaram a maior variação da produtividade entre 2015 e 2016;
- 21 hospitais E.P.E. e 3 PPP apresentaram a maior variação da produtividade entre 2016 e 2017.

Em termos médios, verificam-se distintos comportamentos da evolução da produtividade dos hospitais públicos, em função do seu estatuto jurídico:

- Entre os anos 2013 e 2014, a produtividade para a globalidade dos hospitais caiu 0,3%. Os hospitais E.P.E. acompanharam esta tendência com uma redução de 0,5%, sendo que os hospitais PPP apresentaram um crescimento da taxa média de produtividade em 0,8%.

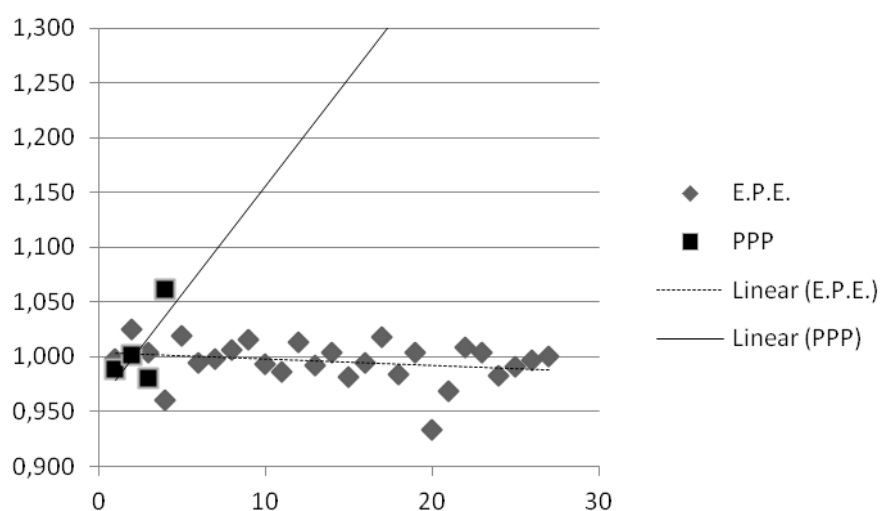


Figura 14 - Tendência da produtividade nos hospitais E.P.E. e PPP, 2014/2013
Fonte: Elaboração própria

- Entre os anos 2014 e 2015, a produtividade média nos hospitais do SNS apresentou uma nova redução de 3,9%. Esta redução foi motivada por uma quebra de produtividade dos hospitais E.P.E. (em 4,4%) e dos hospitais PPP (0,6%).

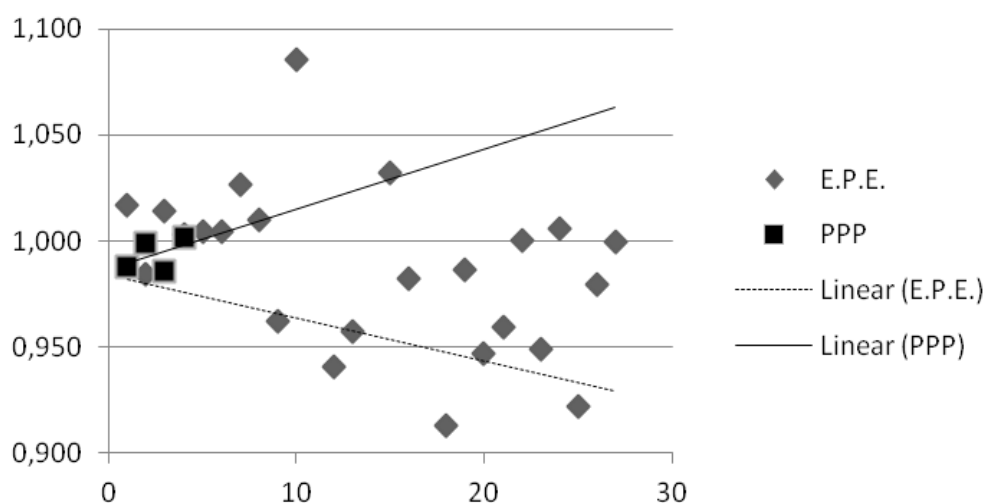


Figura 15 - Tendência da produtividade nos hospitais E.P.E. e PPP, 2015/2014
Fonte: Elaboração própria

- Entre os anos 2015 e 2016, os hospitais do SNS, na sua globalidade, melhoraram os seus resultados de produtividade (+1,2%), contrariando a tendência decrescente registada no período anterior. Para esse crescimento contribuíram os sinais positivos

de crescimento da produtividade em 1,1% nos hospitais E.P.E. e de 1,9% nos hospitais PPP.

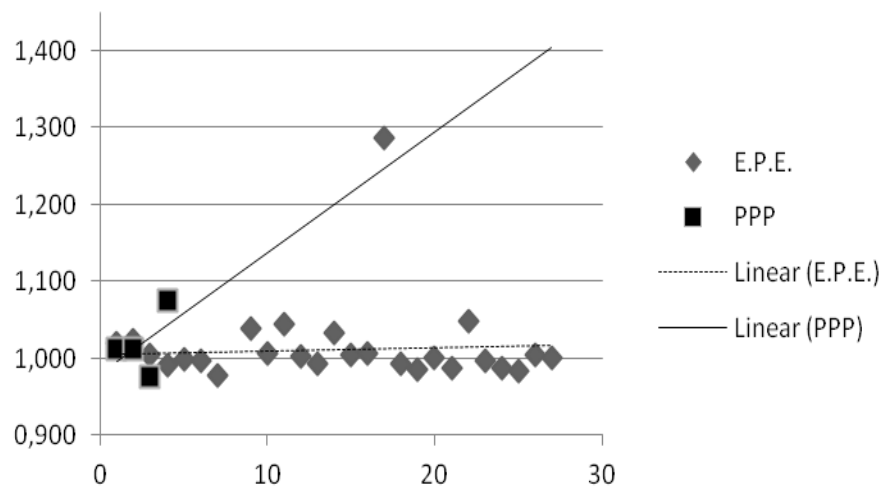


Figura 16 - Tendência da produtividade nos hospitais E.P.E. e PPP, 2016/2015
Fonte: Elaboração própria

- Entre os anos 2016 e 2017, a produtividade para a globalidade dos hospitais cresceu 4,1% o que foi ao encontro da trajetória de melhoria verificada no ano anterior. Par estes resultados contribuiu o crescimento de 3,3% nos hospitais E.P.E. e de 9% nos hospitais PPP.

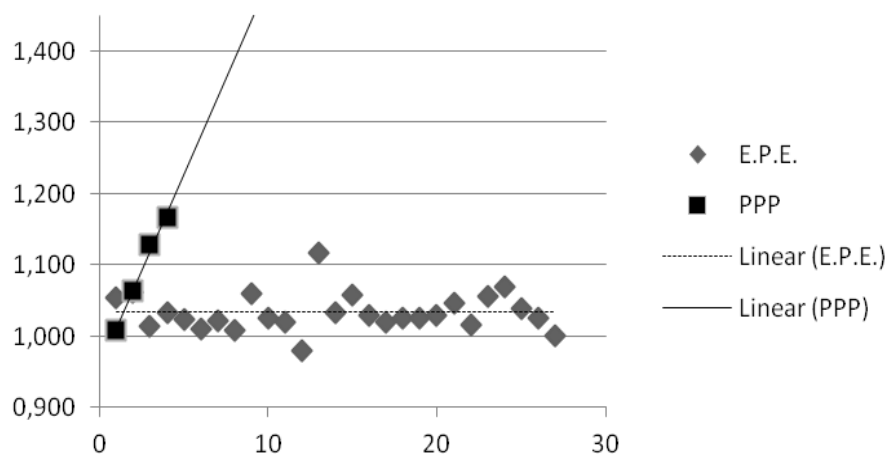


Figura 17 - Tendência da produtividade nos hospitais E.P.E. e PPP, 2017/2016
Fonte: Elaboração própria

Tendo em conta os resultados obtidos, verifica-se a hipótese em análise, pelo que os hospitais PPP, no período de tempo analisado, apresentam melhores resultados de produtividade do que os hospitais E.P.E..

9.1.3. Hipótese 3

H3: Os hospitais PPP, criados em regime de substituição, são mais produtivos do que eram previamente à introdução da parceria.

Para analisar o comportamento da produtividade na transição da gestão pública para a gestão em parceria público-privada, procedeu-se ao apuramento do índice de produtividade de Malmquist para o período imediatamente antes e após fusão. Assim:

- Para o Hospital de Cascais (hospital de substituição construído em 2010), foi considerado o período 2008-2012;
- Para o Hospital de Braga (hospital de substituição construído em 2011), foi considerado o período 2008-2012;
- Para o Hospital de Vila Franca de Xira (hospital de substituição construído em 2013), foi considerado o período 2011-2014;
- O Hospital de Loures ficou fora desta análise por não se tratar de um hospital de substituição.

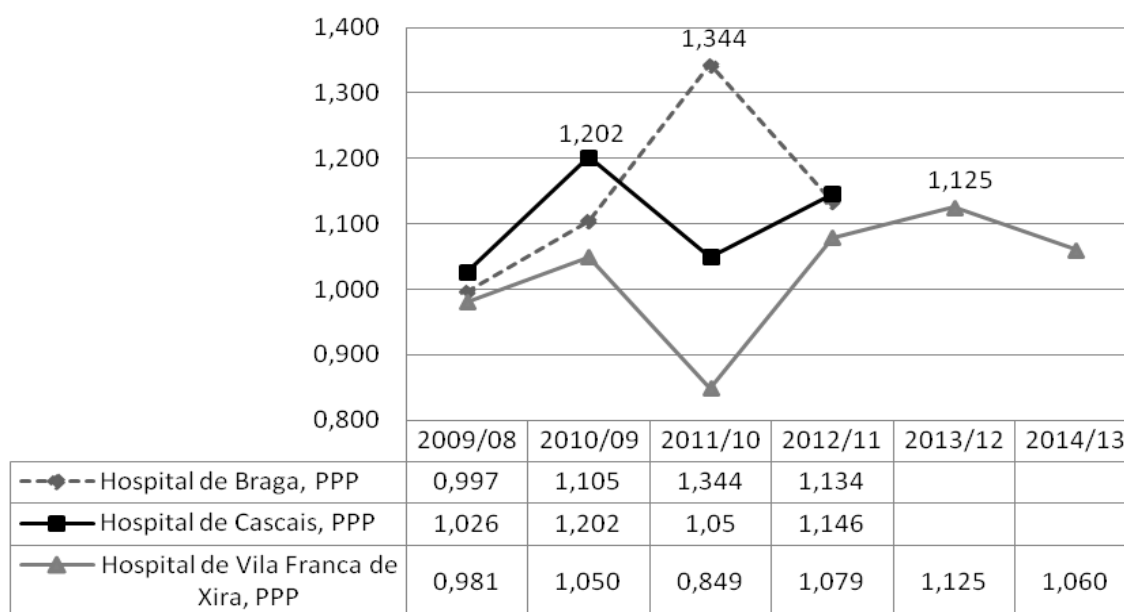


Figura 18 - Variação de produtividade antes e após concretização das parcerias
Fonte: Elaboração própria

Verificou-se um crescimento da produtividade, em todos os hospitais, sendo este de 5% para o Hospital de Cascais, 34,4% para o Hospital de Braga e 12,5% para o Hospital de Vila Franca de Xira, logo no primeiro ano de atividade dos hospitais em regime de substituição.

De uma forma global, e considerando o período antes e após o início do funcionamento dos hospitais de substituição (mesmo com uma quebra de produtividade nos anos seguintes), observa-se que a produtividade das unidades PPP aumentou, comparativamente ao período imediatamente anterior ao início da parceria, pelo que se pode verificar a hipótese como afirmativa.

9.1.4. Hipótese 4

H4: Os hospitais considerados mais eficientes, em cada grupo hospitalar, são aqueles que apresentam melhores indicadores de qualidade.

Para testar esta hipótese foram realizadas três etapas: a) apuraram-se os resultados de eficiência das unidades em regime de parceria público-privada, relativamente ao grupo de financiamento no qual estão inseridas; b) analisaram-se os respetivos indicadores de qualidade e relacionaram-se os mesmos com os hospitais mais e menos eficientes em cada grupo; c) realizaram-se 32 entrevistas aos agentes envolvidos (elementos do conselho de administração, diretores financeiros, administradores hospitalares e responsáveis pelos departamentos de qualidade) nas unidades hospitalares mais e menos eficientes em cada grupo, de forma a obter a sua percepção sobre a dicotomia eficiência vs qualidade.

O período temporal definido para esta hipótese foi condicionado pela realização de entrevistas, visto que estas decorreram em momento anterior à publicação dos dados de 2017. Como tal, este ano não foi incluído na análise destes resultados.

a) Análise dos resultados de eficiência das unidades em regime de parceria público-privada, relativamente ao grupo de financiamento no qual estão inseridas

No Grupo B (quadro 74), constata-se que a única unidade hospitalar em regime de PPP é a que ocupa o último lugar, ao longo de todo o período analisado, sendo inclusive a única unidade ineficiente deste grupo. Entre 2013 e 2015, a unidade mais eficiente é o Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E..

Quadro 74 – *Ranking de scores de eficiência, entre 2013 e 2016, no Grupo B*

<i>Rank</i>	<i>Unidade hospitalar</i>	<i>Score (2013)</i>	<i>Unidade hospitalar</i>	<i>Score (2014)</i>	<i>Unidade hospitalar</i>	<i>Score (2015)</i>	<i>Unidade hospitalar</i>	<i>Score (2016)</i>
1	CHPVVC	1,115	CHPVVC	1,064	CHPVVC	1,066	HDFE	1,066
2	CHMA	1,057	HDFE	1,023	HDFE	1,021	CHPVVC	1,049
3	HDFE	1,000	CHMA	1,007	CHMA	1,002	CHMA	1,024
4	HSMM	1,000	HSMM	1,000	HSMM	1,000	HSMM	1,000
5	HVFX	0,753	HVFX	0,840	HVFX	0,873	HVFX	0,850

Fonte: Elaboração própria

Da análise dos resultados obtidos pelas unidades hospitalares do Grupo C (quadro 75) verifica-se que, à exceção de 2013, em que o Hospital de Loures ocupa o primeiro lugar, a unidade mais eficiente do grupo é sempre um hospital E.P.E. É também um hospital deste regime que ocupa o último lugar da tabela, entre 2013 e 2016.

Quadro 75 – *Ranking de scores de eficiência, entre 2013 e 2016, no Grupo C*

<i>Rank</i>	<i>Unidade hospitalar</i>	<i>Score (2013)</i>	<i>Unidade hospitalar</i>	<i>Score (2014)</i>	<i>Unidade hospitalar</i>	<i>Score (2015)</i>	<i>Unidade hospitalar</i>	<i>Score (2016)</i>
1	HL	1,097	CHTS	1,066	CHTS	1,106	CHTS	1,104
2	CHTS	1,034	CHLP	1,034	CHLP	1,041	CHLP	1,049
3	CHLP	1,024	HL	1,034	CHDV	0,907	CHDV	0,884
4	CHDV	1,023	CHDV	1,005	HL	0,846	HL	0,809
5	CHAA	0,870	CHAA	0,815	HSOG	0,757	HSOG	0,750
6	CHBV	0,764	CHBV	0,741	CHBV	0,732	CHBV	0,734
7	CHMT	0,682	HC	0,666	HC	0,658	HC	0,685
8	HC	0,651	CHMT	0,642	CHMT	0,647	CHMT	0,674
9	HDS	0,622	CHCB	0,622	CHCB	0,607	CHCB	0,660
10	CHCB	0,595	HDS	0,611	CHS	0,594	CHS	0,588
11	CHS	0,579	CHS	0,581	CHBM	0,545	CHBM	0,565
12	CHBM	0,570	CHBM	0,553	HDS	0,534	HDS	0,564

Fonte: Elaboração própria

O Hospital de Loures encontra-se entre os três primeiros lugares do grupo nos anos 2013 e 2014, contudo, nos anos de 2015 e 2016 baixa para o quarto lugar, com valores ineficientes.

O Hospital de Cascais ocupa posições abaixo do meio da tabela durante todo o período em análise, sempre com *scores* de valor inferior a um.

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa E.P.E. ocupa lugares cimeiros deste grupo. A par com esta unidade, também o Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E.P.E. ocupa posições cimeiras neste grupo.

Os menores valores registados neste grupo, ao longo deste período, estão repartidas pelas seguintes unidades: Centro Hospitalar Barreiro – Montijo, E.P.E.; Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.; Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. e Hospital Distrital de Santarém, E.P.E..

No Grupo D (quadro 76), a única unidade em regime de PPP (Hospital de Braga) ocupa sempre lugares cimeiros ao longo do período em estudo, tendo sido a mais eficiente do grupo no ano 2014.

Quadro 76 – *Ranking* de *scores* de eficiência, entre 2013 e 2016, no Grupo D

<i>Rank</i>	Unidade hospitalar	<i>Score</i> (2013)	Unidade hospitalar	<i>Score</i> (2014)	Unidade hospitalar	<i>Score</i> (2015)	Unidade hospitalar	<i>Score</i> (2016)
1	HFF	1,064	HB	1,028	CHA	1,058	CHA	1,054
2	HB	1,038	HFF	1,027	HB	1,016	HB	1,037
3	CHVNGE	1,003	CHA	1,010	CHTV	0,886	HFF	0,879
4	CHTV	0,897	CHTV	0,897	HFF	0,860	CHTV	0,834
5	CHA	0,786	CHVNGE	0,876	CHVNGE	0,805	CHVNGE	0,813
6	CHTMAD	0,769	CHTMAD	0,770	CHTMAD	0,747	CHTMAD	0,752
7	HGO	0,689	HGO	0,676	HGO	0,686	HGO	0,695
8	HESE	0,550	HESE	0,540	HESE	0,525	HESE	0,543

Fonte: Elaboração própria

Juntamente com o Hospital de Braga, PPP, o Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. e o Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E. registam os maiores valores de eficiência deste grupo.

Ao longo de todo o período em análise as unidades mais ineficientes são o Hospital Garcia de Orta, E.P.E. e o Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E. e, ocupando sempre esta unidade o último lugar do grupo.

De forma complementar aos objetivos desta hipótese, analisaram-se os indicadores de qualidade de cada grupo de financiamento, acrescido do Grupo E (não tinha sido analisado anteriormente por não integrar hospitais PPP, objeto de estudo desta tese). Através da observação da média geométrica, é possível verificar um padrão no posicionamento de cada grupo, ao longo dos anos, o que demonstra também a coerência da integração das unidades hospitalares em cada grupo. Verifica-se que o Grupo B é sempre o que apresenta resultados mais eficientes, seguindo-se os grupos, E, D e C (figura 19).

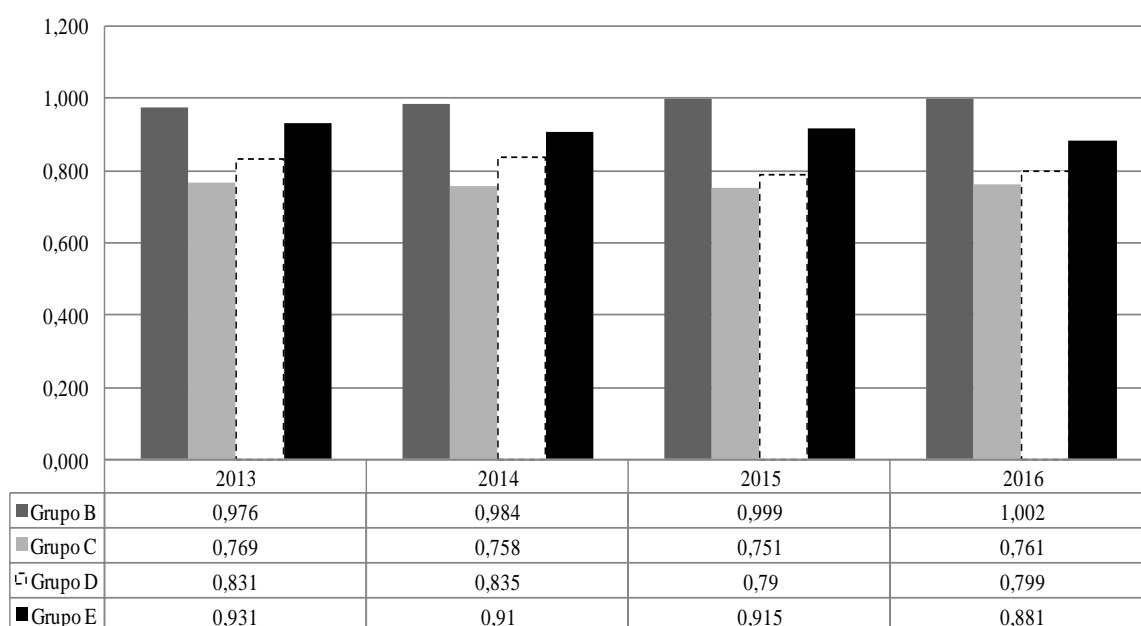


Figura 19 - Comparação dos valores médios dos *scores* de eficiência dos hospitais que integram cada grupo de financiamento, entre 2013 e 2016.

Fonte: Elaboração própria

b) Análise dos indicadores de qualidade

De seguida, irão ser analisados os indicadores de qualidade, por grupo hospitalar, no que diz respeito às unidades mais eficientes e menos eficientes de cada grupo.

Relativamente ao Grupo B, foram analisados estatisticamente os indicadores de qualidade apresentados no seguinte quadro.

Quadro 77 – Análise estatística dos indicadores de qualidade do Grupo B, entre 2013 e 2016

Indicadores		2013	2014	2015	2016
% Cirurgias dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantidos	Média do Grupo	89,3	89,7	88,6	90,0
	Média nacional	89,6	89,9	88,8	86,5
	Unidade mais eficiente	99,0	98,4	100,0	100,0
	Unidade menos eficiente	97,4	97,2	97,0	92,1
% Cesarianas	Média do Grupo	36,9	28,7	28,1	28,4
	Média nacional	31,1	28,7	28,6	28,1
	Unidade mais eficiente	33,0	32,8	34,6	29,1
	Unidade menos eficiente	30,1	24,4	22,8	29,6
% Cirurgias Ambulatório	Média do Grupo	57,9	60,1	60,7	63,0
	Média nacional	57,8	60,0	60,6	62,8
	Unidade mais eficiente	51,0	46,6	43,9	43,7
	Unidade menos eficiente	59,8	66,3	69,1	69,6
% Doentes referenciados para Consulta Externa em Tempo Adequado	Média do Grupo	77,7	78,2	77,0	76,3
	Média nacional	77,7	78,2	77,0	76,2
	Unidade mais eficiente	94,1	96,8	96,4	95,1
	Unidade menos eficiente	87,6	69,3	75,5	65,7
% Fraturas de anca com cirurgia realizada nas primeiras 48h	Média do Grupo	46,6	48,9	53,9	49,5
	Média nacional	47,6	49,6	48,2	50,6
	Unidade mais eficiente	88,6	93,8	93,5	91,0
	Unidade menos eficiente	38,8	49,3	56,1	50,5
% Internamentos superiores a 30 dias	Média do Grupo	3,2	3,2	3,4	3,5
	Média nacional	3,4	3,4	3,7	3,9
	Unidade mais eficiente	1,1	1,2	1,5	1,2
	Unidade menos eficiente	2,1	2,3	2,5	2,4
% Reinternamentos em 30 dias	Média do Grupo	8,9	8,8	8,7	8,1
	Média nacional	8,8	8,8	8,6	8,1
	Unidade mais eficiente	7,0	6,9	8,2	6,8
	Unidade menos eficiente	8,6	7,4	8,4	8,7

Fonte: Elaboração própria

De acordo com os indicadores analisados no quadro anterior, pode observar-se que, de um modo geral, a unidade hospitalar mais eficiente tem melhores indicadores de qualidade, à exceção do número de cesarianas e de cirurgia em ambulatório.

No que diz respeito aos indicadores de qualidade do Grupo C, os resultados da análise estatística apresentam-se no quadro seguinte.

Quadro 78 – Análise estatística dos indicadores de qualidade do Grupo C, entre 2013 e 2016

Indicadores		2013	2014	2015	2016
% Cirurgias dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantidos	Média do Grupo	89,1	89,7	88,6	84,0
	Média nacional	89,6	89,9	88,8	86,5
	Unidade mais eficiente	72,7	99,6	86,5	90,2
	Unidade menos eficiente	80,2	85,0	75,8	73,4
% Cesarianas	Média do Grupo	41,2	28,5	27,8	28,2
	Média nacional	31,1	28,7	28,6	28,1
	Unidade mais eficiente	22,1	25,8	26,7	28,2
	Unidade menos eficiente	36,4	34,2	27,9	27,4
% Cirurgias Ambulatório	Média do Grupo	57,7	60,0	60,7	63,0
	Média nacional	57,9	60,1	60,7	63,0
	Unidade mais eficiente	63,4	59,6	59,8	62,0
	Unidade menos eficiente	51,9	51,9	65,9	72,2
% Doentes referenciados para Consulta Externa em Tempo Adequado	Média do Grupo	77,5	78,1	76,8	76,4
	Média nacional	77,7	78,2	77,0	76,2
	Unidade mais eficiente	63,6	60,8	60,6	82,6
	Unidade menos eficiente	68,0	75,1	67,8	57,5
% Fraturas de anca com cirurgia realizada nas primeiras 48h	Média do Grupo	45,1	47,6	45,6	47,6
	Média nacional	47,6	49,6	48,2	50,6
	Unidade mais eficiente	19,6	60,4	5,0	34,1
	Unidade menos eficiente	50,5	51,2	31,2	37,2
% Internamentos superiores a 30 dias	Média do Grupo	3,4	3,4	3,7	3,9
	Média nacional	3,4	3,4	3,7	3,9
	Unidade mais eficiente	2,9	2,2	3,0	1,7
	Unidade menos eficiente	4,0	4,3	3,0	3,3
% Reinternamentos em 30 dias	Média do Grupo	8,9	8,8	8,7	8,2
	Média nacional	8,8	8,8	8,6	8,1
	Unidade mais eficiente	8,6	6,3	10,8	9,7
	Unidade menos eficiente	7,6	8,1	11,0	11,7

Fonte: Elaboração própria

De acordo com os indicadores analisados, pode observar-se que, de um modo geral, a unidade hospitalar mais ineficiente tem melhores indicadores de cirurgias em TMRG, cesarianas, internamento superior a 30 dias e reinternamento em 30 dias.

No que diz respeito aos indicadores de fraturas de anca com cirurgia realizada nas primeiras 48h e doentes referenciados para consulta externa em tempo adequado, a unidade mais eficiente do grupo é a que apresenta melhores resultados.

Não se verifica nenhuma tendência relativamente ao indicador de cirurgias em ambulatório.

No quadro seguinte estão representados os valores referentes aos indicadores de qualidade do Grupo D.

Quadro 79 – Análise estatística dos indicadores de qualidade do Grupo D, entre 2013 e 2016

Indicadores		2013	2014	2015	2016
% Cirurgias em TMRG	Média do Grupo	88,6	89,1	88,0	81,0
	Média nacional	89,6	89,9	88,8	86,5
	Unidade mais eficiente	89,6	83,5	83,2	79,6
	Unidade menos eficiente	91,0	84,4	82,2	81,9
% Cesarianas	Média do Grupo	37,1	28,6	27,7	28,4
	Média nacional	31,1	28,7	28,6	28,1
	Unidade mais eficiente	35,7	29,3	25,7	25,6
	Unidade menos eficiente	38,4	34,9	30,7	27,5
% Cirurgias Ambulatório	Média do Grupo	50,8	60,4	61,3	63,5
	Média nacional	57,9	60,1	60,7	63,0
	Unidade mais eficiente	53,6	61,7	51,2	56,0
	Unidade menos eficiente	60,5	63,5	60,1	63,9
% Doentes referenciados para Consulta Externa em Tempo Adequado	Média do Grupo	77,5	78,1	76,8	77,2
	Média nacional	77,7	78,2	77,0	76,2
	Unidade mais eficiente	57,5	73,6	63,3	65,8
	Unidade menos eficiente	56,5	78,9	77,7	66,9
% Fraturas de anca com cirurgia realizada nas primeiras 48h	Média do Grupo	42,6	47,7	47,4	44,5
	Média nacional	47,6	49,6	48,2	50,6
	Unidade mais eficiente	28,9	45,3	16,4	18,5
	Unidade menos eficiente	13,2	12,5	12,7	19,2
% Internamentos superiores a 30 dias	Média do Grupo	3,6	3,6	3,9	4,1
	Média nacional	3,4	3,4	3,7	3,9
	Unidade mais eficiente	3,8	3,0	5,0	5,6
	Unidade menos eficiente	2,6	2,6	2,7	2,3
% Reinternamentos em 30 dias	Média do Grupo	8,9	8,9	8,7	8,2
	Média nacional	8,8	8,8	8,6	8,1
	Unidade mais eficiente	8,5	7,6	8,8	7,9
	Unidade menos eficiente	6,1	6,3	6,4	6,4

Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos indicadores de cirurgias em TMRG, internamento superior a 30 dias, reinternamento em 30 dias, cirurgias em ambulatório e doentes referenciados para consulta externa em tempo adequado, a unidade hospitalar mais eficiente do grupo é a que apresenta, de um modo global, melhores resultados.

De um modo geral, a unidade mais ineficiente do grupo é a que apresenta melhores resultados nos indicadores referentes a cesarianas e fraturas de anca com cirurgia realizada nas primeiras 48h.

Assim, tendo em conta toda a análise aos indicadores apresentados, não é possível aferir a existência de uma relação direta entre eficiência e qualidade nas unidades hospitalares em estudo, não se verificando a hipótese.

d) Entrevistas

De forma a complementar a verificação da Hipótese 4, foram aplicadas seis questões a um total de 32 entrevistados, analisadas através da técnica da análise de conteúdo, recorrendo ao uso do *software* MAXQDA 2018 (anexo X), cujos resultados se apresentam em seguida.

- Questão 1

“Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?”

a) Sim

b) Não

c) Não sabe/ Não responde”

Na resposta a esta questão, obtiveram-se os dados constantes do quadro seguinte.

Quadro 80 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 1

Código	Segmentos codificados de todos os documentos	% Segmentos codificados de todos os documentos
Sim	19	59,38
Não sabe/não responde	4	12,50
Não	9	28,13

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2018

De acordo com os resultados obtidos, observa-se que a maioria dos entrevistados concorda com a existência de uma relação direta entre eficiência e qualidade. De forma a aprofundar a percepção dos entrevistados sobre esta questão, foi solicitada a justificação para os motivos que estariam na base dessa convergência ou divergência.

- Questão 2

“Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?”

Na resposta a esta questão foram registados 94 fatores entre os 32 entrevistados, que se resumiram após codificação a 11 unidades de registo, sendo 6 relativas a fatores de convergência e 5 a motivos para divergência (quadro 81).

Quadro 81 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 2

Código (unidade de registo)	Segmentos codificados de todos os documentos	% Segmentos codificados de todos os documentos
Dedicação dos Profissionais de saúde	13	13,83
Ação do Gabinete de Qualidade	12	12,77
Liderança	10	10,64
Gestão intermédia interventiva	8	8,51
Cumprimento de normas/protocolos	7	7,45
Acompanhamento da atividade	2	2,13
Contratualização (desajustada)	15	15,96
Problemas na prestação de cuidados	12	12,77
Aquisições de bens e produtos com base no preço mais baixo	5	5,32
Cultura organizacional	5	5,32
Produção adicional	5	5,32

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2018

Relativamente aos motivos que poderão estar na base da convergência, verifica-se uma maior concentração de respostas na dedicação dos profissionais de saúde (n=13; 13,8%) (*exs. "ações*

responsáveis dos próprios profissionais de saúde" (E21, p.1); "profissionalismo das equipas de saúde" (E32, p.1)); na ação do gabinete de qualidade (n=12; 12,8%) (exs. "ação do gabinete de qualidade" (E15, p.1); "ação do gabinete de qualidade que monitoriza semanalmente os indicadores" (E19, p.1)); na liderança (n=10; 10,6%) (exs. "em parte logo da própria liderança" (E12, p.1); "capacidade de liderança do conselho" (E15, p.1)); na existência de uma gestão intermédia interventiva (n=8; 8,51%) (exs. "respeito que a gestão intermedia impõe nas equipas" (E15, p.1); "capacidade de liderança dos diretores de serviço e enfermeiros chefe" (E13, p.1)); no cumprimento de normas/protocolos (n=7; 7,5%) (exs. "cumprimento das normas clínicas" (E1, p.1); "cumprimento de normas" (E10, p.1);) e acompanhamento da atividade (n=2; 2,13%) (exs. "acompanhamento dos indicadores de gestão" (E21, p.1); "gabinete de apoio à gestão" (E22, p.1)).

Quanto aos possíveis motivos para a divergência entre qualidade e eficiência, os entrevistados destacaram: a contratualização desajustada (n=15; 16%) (exs. *"indicadores dos contratos programa são muitas vezes incansáveis, cumprindo os indicadores de qualidade à risca"* (E12, p.1); *"contratos programa são a base de divergência"* (E28, p.1)); problemas na prestação de cuidados (n=12; 12,8%) (exs. *"Nem sempre o menor custo com recursos compromete a qualidade da prestação de cuidados de saúde, mas a verdade é que algumas vezes acontece"* (E18, p.1); *"má prática"* (E18, p.1)); a aquisição de bens e produtos com base no preço mais baixo (n=5; 5,3%) (exs. *"as compras cada vez são mais realizadas em função do menor preço unitário, só por aí é comprometida a qualidade"* (E11, p.1); *"aquisição de equipamentos e produtos de consumo clínico baseada única e exclusivamente no critério preço"* (E22, p.1)); a cultura organizacional (n=5; 5,3%) (exs. *"cultura organizacional instalada"* (E17, p.1); *"cultura implementada"* (E22, p.1)) e a produção adicional (n=5; 5,32%) (exs. *"casos extremos de produção adicional paga por utente"* (E18, p.1); *"produção adicional"* (E32, p.1)).

Deste modo, pode referir-se que os entrevistados entendem que na base da convergência ou divergência entre os resultados de eficiência e qualidade pesa sobretudo a ação dos profissionais, sendo a sua dedicação um fator de peso de convergência, bem como a ação do gabinete de qualidade nas suas tarefas de auditoria, recomendação e acompanhamento e a ação da gestão/liderança. A contratualização, que consideram desajustada e prejudicial, assim

como outros problemas na prestação de cuidados, são, na opinião dos entrevistados, os principais motivos que causam divergências na relação entre eficiência e qualidade.

- Questão 3

Tendo por base a hipótese definida, foi realizada uma terceira questão com o objetivo de verificar a percepção dos entrevistados relativamente às formas de promoção da eficiência com bons resultados de qualidade ou, caso contrário, aos fatores que podem impedir a concretização desse objetivo.

“Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?”.

Relativamente à primeira parte da questão, 75% dos inquiridos (n=24), responderam de forma positiva.

Quadro 82 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 3 (parte 1)

Código	Segmentos codificados de todos os documentos	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
Sim	24	75,00	24
Não	8	25,00	8

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2018

Na resposta a esta questão foram registadas 86 verbalizações entre os 32 entrevistados, que se resumiram após codificação a 14 unidades de registo (quadro 83), sendo 9 relativas a formas de manter a eficiência, salvaguardando elevados níveis de qualidade e 6 relativos a motivos que justificam, na perspetiva dos entrevistados a impossibilidade de melhorar os resultados de eficiência sem comprometer a qualidade.

Quadro 83 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 3 (parte 2)

Código (unidade de registo)	Segmentos codificados de todos os documentos	% Segmentos codificados de todos os documentos
Envolver/ouvir os profissionais de saúde na gestão	15	17,44
Planeamento	11	12,79
Acompanhamento da atividade	11	12,79
Participação ativa das lideranças	7	8,14
Desenvolvimento de protocolos	7	8,14
Utente no centro dos cuidados	4	4,65
Redesenho de processos	4	4,65
Incentivos	3	3,49
Maior autonomia dos gabinetes de qualidade	2	2,33
Motivação dos profissionais de saúde	7	8,14
Contratos programa desajustados à realidade	7	8,14
Gestão de recursos	5	5,81
Falta de interesse político	2	2,33
Penalidades associadas à avaliação de desempenho	1	1,16

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2018

As formas que permitem manter uma produção eficiente com elevada qualidade, de acordo com os entrevistados são as seguintes: envolver/ouvir os profissionais de saúde na gestão (n=15; 17,4%) (exs. *"motivando os profissionais e envolvendo-os nos processos de decisão, como previsto para os Centros de Responsabilidade Integrada"* (E30, p.1); *"gabinete de qualidade em parceria com a direção dos serviços"* (E31, p.1); o acompanhamento da atividade (n=11; 12,8%) (exs. *"desde que exista uma monitorização rigorosa de indicadores que nos permitam identificar precocemente desvios ao planeado/metras"* (E7, p.1); *"monitorização com um conjunto específico de indicadores"* (E19, p.1)); o planeamento (n=11; 12,8%) (exs. *"a definição de uma estratégia lúcida e respetiva disseminação pelo hospital é obrigatória"* (E4, p.1); *"com um planeamento e supervisão adequados aos objetivos de promoção de eficiência com uma elevada qualidade"* (E23, p.1)); a participação ativa das lideranças (n=7; 8,1%) (exs. *"liderança ativa que promova uma cultura organizacional orientada para o utente"* (E15, p.1); *"é fundamental o interesse da liderança"* (E23, p.1)); o desenvolvimento de protocolos (n=7; 8,1%) (exs. *"definição de protocolos"* (E17, p.1); *"estabelecimento de protocolos"* (E20, p.1)); a colocação do utente no centro dos cuidados (n=4; 4,7%) (exs. *"a estratégia for definida fixando a máxima satisfação do utente"* (E4, p.1); *"utente seja colocado no centro do planeamento dos cuidados"* (E22, p.1)); o redesenho de processos (n=4; 4,7%) (exs. *"redesenho de processos, envolvendo a componente clínica com a gestão"* (E10, p.1); *"engenharia e desenho de processos"* (E25, p.1)); os

incentivos (n=3; 3,5%) (exs. *"mais incentivo aos profissionais"* (E21, p.1); *"remuneração ajustada aos resultados de eficiência e qualidade"* (E29, p.1)) e a maior autonomia dos gabinetes de qualidade (n=2; 2,3%) (exs. *"envolvendo o gabinete de qualidade no planeamento das atividades e no controlo de indicadores"* (E27, p.1); *"promovendo a ação mais autónoma do gabinete de qualidade"* (E31, p.1)).

Quanto aos motivos que poderão estar na base da divergência entre qualidade e eficiência, os entrevistados destacaram: a vigência de contratos programa desajustados à realidade (n=7; 8,1%) (exs. *"adequando os objetivos para a contratualização tendo em conta todos os critérios de qualidade exigidos"* (E2, p.1); *"condições de contratualização"* (E16, p.1)); fatores relacionados com a motivação dos profissionais de saúde (n=7; 8,1%) (exs. *"melhores condições de trabalho"* (E21, p.1); *"descrença dos profissionais"* (E24, p.1)); a gestão de recursos (n=5; 5,8%) (exs. *"economia dos meios e recursos aplicados"* (E4, p.1); *"sem desperdícios de recursos materiais"* (E6, p.1)); a falta de interesse político (n=2; 2,3%) (exs. *"este objetivo não parece ser uma prioridade política"* (E11, p.1); *"falta de profissionais, interesse do processo político"* (E12, p.1)) e as penalidades associadas à avaliação de desempenho (n=1; 1,2%) (exs. *"penalizando internamente os serviços incumpridores e os profissionais que não apoiem as práticas eficientes e promovam os desperdícios"* (E18, p.1)).

Como resultados verifica-se que, na perspectiva dos profissionais, o objetivo de manter uma produção com elevados padrões de qualidade é possível sobretudo com o envolvimento dos profissionais nas decisões de gestão, com um planeamento adequado, com o acompanhamento da atividade e com uma atuação baseada em protocolos/normas. Contudo, os que não têm esta percepção referem que será difícil concretizar esse objetivo devido à desmotivação dos profissionais, aos contratos programa, que não o estimulam da melhor forma, e à dificuldade em gerir recursos.

- Questão 4

Tendo por base a hipótese definida, foi realizada uma quarta questão com o objetivo de verificar os fatores que podem condicionar ou potenciar a obtenção de melhores resultados de qualidade:

“De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais as potenciam?”.

Na resposta a esta questão foram registadas 117 verbalizações entre os 32 entrevistados, que se resumiram após codificação a 15 unidades de registo (quadro 84), sendo 7 relativas a fatores que condicionam a qualidade e 8 a fatores que a potenciam.

Quadro 84 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 4

Código (unidade de registo)	Segmentos codificados de todos os documentos	% Segmentos codificados de todos os documentos
Desmotivação dos profissionais	23	16,99
Fraca liderança	11	9,40
Falta de recursos	8	6,84
Inexistência/incumprimento de normas	6	5,13
Contratualização	5	4,27
Comunicação	3	2,56
Contratação de recursos humanos	2	1,71
Monitorização dos indicadores	13	11,11
Empenho dos profissionais	12	10,26
Forte liderança	11	9,40
Estabelecimento e cumprimento de normas/protocolos	9	7,69
Incentivos	6	5,13
Penalidades	4	3,42
Atividade do gabinete de qualidade	2	1,71
Promoção de boas práticas	2	1,71

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2018

Os fatores que mais potenciam a qualidade, de acordo com os entrevistados, são os seguintes: monitorização dos indicadores (n=13; 11,1%) (exs. *“desenvolvimento de uma melhor monitorização mensal com relatórios internos alertando falhas”* (E10, p.1); *“monitorização contínua interna e à emissão de relatórios com identificação dos serviços mais problemáticos”* (E28, p.1)); empenho dos profissionais (n=12; 10,3%) (exs. *“profissionalismo e grau de entrega dos profissionais que têm o cuidado de promover a qualidade e satisfação dos utentes”* (E2, p.1); *“profissionalismo e a atitude correta dos profissionais que fazem esforços para dar o melhor de si para cuidar do utente”* (E18, p.1)); a existência de uma forte liderança (n=11; 9,4%) (exs. *“a força motora deve partir do conselho de administração e dos diretores de cada serviço clínico”* (E15, p.1); *“liderança da gestão intermédia que coordena as várias prestações de cuidados de saúde nos mais diferenciados departamentos”* (E29, p.1)); o estabelecimento e cumprimento de normas/protocolos (n=9; 7,7%) (exs. *“normas, procedimentos a implementar, explicando os objetivos da mudança e a necessidade estrita de*

promover a qualidade da instituição” (E17, p.1); “reorganização dos processos internos como a definição de protocolos articulados entre a governação corporativa e a governação clínica” (E21, p.1); os incentivos (n=6; 5,1%) (exs. “ausência de incentivos” (E10, p.1); “falta de incentivos” (E19, p.1); as penalidades (n=4; 3,4%) (exs. “penalidades aplicadas que todos os dirigentes têm medo” (E20, p.1); “sanções/penalidades constantes nos contratos programas” (E22, p.1); a promoção de boas práticas (n=2; 1,7%) (exs. “dificuldade na partilha de boas práticas” (E1, p.1); “adoção de boas práticas” (E32, p.1)) e a atividade do gabinete de qualidade (n=2; 1,7%) (exs. “falta de conhecimento dos profissionais que integram os gabinetes de qualidade” (E13, p.1); “atividade contínua dos serviços do gabinete de qualidade que devem intervir monitorizando, realizando visitas aos serviços e ações de formação” (E30, p.1)).

Quanto aos fatores que mais condicionam os resultados de qualidade, os entrevistados destacaram: a desmotivação dos profissionais (n=23; 20%) (exs. “desmotivação dos recursos humanos” (E14, p.1); “desmotivação dos recursos humanos” (E26, p.1)); a existência de uma fraca liderança (n=11; 9,4%) (exs. “fraca liderança clínica e institucional” (E13, p.1); “fraca liderança” (E20, p.1)); a falta de recursos (n=8, 6,8%) (exs. “limitação de recursos” (E6, p.1); “falta de recursos” (E30, p.1)); a inexistência/incumprimento de normas (n=6; 5,1%) (exs. “Aversão ao cumprimento de regras” (E1, p.1); “não cumprimento dos protocolos” (E11, p.1)); a contratualização (n=5, 4,3%) (exs. “para potenciar os indicadores deveria ser revista a contratualização, personalizando os objetivos à capacidade interna de cada instituição” (E14, p.1); “reforçar os termos referentes aos indicadores, mas ajustados à realidade” (E28, p.1)); a comunicação (n=3; 2,6%) (exs. “Para mim tudo se resume a problemas de comunicação” (E17, p.1); “Comunicação entre o Ministério da Saúde e o Conselho de Administração no processo de realização de contratos” (E17, p.1)) e a contratação de recursos humanos (n=2; 1,7%) (exs. “contratação de mais profissionais” (E19, p.1); “contratação de recursos humanos” (E26, p.1)).

Assim, observa-se que, de acordo com os entrevistados, a obtenção de melhores indicadores de qualidade é potenciada pelo acompanhamento da atividade, pelo empenho dos profissionais, pelo cumprimento de normas, por uma forte liderança e pelo efeito dos incentivos, ou penalidades. Por outro lado, a obtenção da qualidade pode ser condicionada

pela falta de motivação dos profissionais, pela falta de liderança, pela ausência de normas, por questões relacionadas com a comunicação e pela falta de recursos.

- Questão 5

Tendo por base os incentivos e penalidades existentes nos processos de contratualização, procurou-se aprofundar a percepção dos entrevistados relativamente à influência dos mesmos na prossecução dos seus objetivos (promover a eficiência e a qualidade). Como tal, foi colocada uma quinta questão:

"Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?"

Relativamente à primeira parte da questão a opinião encontra-se dividida, com 56,25% dos inquiridos (n=18), a responder de forma negativa.

Quadro 85 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 5 (parte 1)

Código	Segmentos codificados de todos os documentos	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
Não	18	56,25	18
Sim	14	43,75	14

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2018

Na resposta a esta questão foram registadas 41 verbalizações entre os 32 entrevistados, que se resumiram após codificação a 6 unidades de registo, que constam do quadro seguinte:

Quadro 86 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 5 (parte 2)

Código (unidade de registo)	Segmentos codificados de todos os documentos	% Segmentos codificados de todos os documentos
Contratos adequados aos objetivos	13	31,71
Contratos dirigidos para resultados de produção	9	21,95
Contratos desajustados	9	21,95
Fracos incentivos	5	12,20
Qualidade subvalorizada	4	9,76
Poucas penalidades	1	2,44

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2018

Nas suas respostas os entrevistados destacam sobretudo: contratos adequados aos objetivos (n=13; 31,7%) (exs. *“O incumprimento dos restantes obriga à apresentação de planos de ação e medidas corretivas, as quais, se não obtiverem sucesso, poderão, igualmente, dar lugar à aplicação de penalidades financeiras de elevado montante”* (E25, p.2); *“os termos de contratualização têm, ao longo dos últimos 5 anos, promovido a qualidade com penalizações ao não cumprimento desses objetivos”* (E27, p.1)); os contratos dirigidos para resultados de produção (n=9; 22%) (exs. *“Os termos dos contratos programa visam, ano para ano, o crescimento da atividade clínica e pouco impacto tem a qualidade no financiamento* (E26, p.2); *“Os contratos programa valorizam a produção direta”* (E30, p.2)); contratos desajustados (n=9; 22%) (exs. *“Os contratos programa estão completamente desajustados da realidade, não promovem a qualidade e apenas a maior produção* (E26, p.2) ”; *“Os contratos não estão ajustados aos recursos necessários e por isso é difícil promover eficiência com qualidade em simultâneo* (E32, p.2)); fracos incentivos (n=5; 2,2%) (exs. *“É preciso mais incentivos e menos penalidades”* (E13, p.2); *“Os incentivos/penalidades previstos nos contratos não são suficientes para promover em simultâneo a eficiência e a qualidade”* (E31, p.2)); qualidade subvalorizada (n=4; 9,8%) (exs. *“o sistema de penalizações para os incumprimentos parece um fim em si mesmo. A penalização parece tornar-se o mais importante, sendo que o Estado parecer ter como fim a penalização”* (E6, p.2); *“a qualidade é ainda subvalorizada nos contratos”* (E30, p.2)); e a existência de poucas penalidades (n=1; 2,4%) (exs. *“ Os incentivos/penalidades previstos nos contratos não são suficientes para promover em simultâneo a eficiência e a qualidade* (E31, p.2)).

Como tal, os entrevistados, apesar da divergência de opiniões relativamente à adequação/desadequação dos contratos aos objetivos, fazem referências aos fracos incentivos e à desvalorização da qualidade na contratualização.

- Questão 6

Por fim, foi pedido aos entrevistados para classificarem, com a respetiva justificação, os níveis de eficiência e qualidade do hospital onde exercem funções, de acordo com a sua perceção.

"Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?"

Relativamente à eficiência (quadro 87), a maioria dos entrevistados (n=9; 28,13%) classificou a unidade hospitalar onde trabalha com a pontuação de 9, seguindo-se a classificação de 7 com 25% (8) do total dos entrevistados. Apenas quatro (15,6%) classificaram o hospital com nota 5 ou inferior.

Quadro 87 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 6 (classificação nível de eficiência)

Código	Segmentos codificados de todos os documentos	% Segmentos codificados de todos os documentos
10	0	0,00
9	9	28,13
8	6	18,75
7	8	25,00
6	4	12,50
5	3	9,38
4	1	3,13
3	1	3,13
2	0	0,00
1	0	0,00

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2018

Na justificação à classificação atribuída foram encontradas 45 verbalizações agrupadas em 13 unidades de registo (quadro 88).

Quadro 88 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 6 (justificação do nível de eficiência)

Código	Segmentos codificados de todos os documentos	% Segmentos codificados de todos os documentos
Evitar desperdícios	7	15,56
Plano estratégico	6	13,33
Restrição orçamental	5	11,11
Falta de investimento	5	11,11
Falta de articulação entre gestão e profissionais	4	8,89
Problemas de infraestruturas	3	6,67
Liderança ativa e partilhada	3	6,67
Inovação	3	6,67
Flexibilidade nos instrumentos de gestão	3	6,67
Falta de recursos humanos	3	6,67
Recurso a cofinanciamentos	1	2,22
Orçamento equilibrado	1	2,22
Aposta em serviços de ambulatório	1	2,22

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2018

Os entrevistados destacaram como fatores positivos para a base dos resultados de eficiência: liderança ativa e partilhada (n=3; 6,7%) (exs. *"preocupação das chefias em envolver o máximo de colaboradores nas decisões"* (E8, p.2); *"liderança partilhada com intervenção dos administradores hospitalares e do gabinete de qualidade"* (E16, p.2)); inovação (n=3; 6,7%) (exs. *"práticas inovadoras"* (E5, p.2); *"gestão intermédia que não promove a inovação de processos e por parte do poder político que parece querer poupar no SNS"* (E12, p.2)); a flexibilidade nos instrumentos de gestão (n=3; 6,7%) (exs. *"facilidade em contratar pessoal à medida que necessitamos"* (E28, p.2); *"realizar contratos com parceiros"* (E28, p.2)); o recurso a cofinanciamentos (n=1; 2,2%) (exs. *"por conta dos programas de cofinanciados"* (E11, p.2)); um orçamento equilibrado (n=1, 2,2%) (exs. *"motivados por um orçamento equilibrado, com a presença de um investidor que nos acompanha nos processos e com uma maior autonomia nos processos"* (E26, p.2)); a aposta em serviços de ambulatório (n=1, 2,2%) (exs. *"promove, por exemplo, mais o ambulatório em detrimento do internamento e crescemos 20% no número de consultas"* (E27, p.2)); o facto de se evitar desperdícios (n=7, 15,6%) (exs. *"grande enfoque na gestão dos Recursos disponíveis"* (E7, p.2); *"falta de otimização de recursos"* (E21, p.2)) e a existência de um plano estratégico (n=6, 13,3%) (exs. *"Existência de um plano estratégico, objetivos conhecidos de todos"* (E8, p.2); *"resultado do nosso plano estratégico para o triénio que envolveu toda a estrutura neste objetivo"* (E13, p.2)).

Como fatores que justificam as classificações mais baixas, os entrevistados destacaram: a restrição orçamental (n=5; 11,1%) (exs. *"financiamento é muito limitado"* (E10, p.2); *"limitações orçamentais"* (E32, p.2)); a falta de investimento (n=5; 11,1%) (exs. *"não permite investimento em medidas promotoras de eficiência a médio e longo prazo, como por exemplo a aquisição de novos equipamentos de diagnóstico e terapêutica"* (E10, p.2); *"falta de investimento"* (E22, p.2)); a falta de articulação entre gestão e profissionais (n=4; 9%) (exs. *"falta de ligação entre os profissionais de saúde e os serviços de apoio, sendo o caso mais grave a aquisição de equipamentos que são usados pelos profissionais, mas escolhidos em função do preço"* (E17, p.2); *"falta de envolvimento da gestão intermédia nos processos de decisão"* (E21, p.2)); os problemas de infraestruturas (n=3; 6,7%) (exs. *"Este é um hospital que sofre pela sua estrutura arquitetónica"* (E31, p.2); *"limitações orçamentais, estruturais"*

(E32, p.2)); a falta de recursos humanos (n=3; 6,7%) (*exs. "dificuldade em contratar médicos especialistas"* (E29, p.2); *"Não temos recursos nem financeiros, nem humanos"* (E30, p.2)).

Quanto à qualidade (quadro 89), a maioria dos entrevistados (n=9; 40,6%) classificou a sua unidade hospitalar com a pontuação de 9, seguindo-se a classificação de 8, com 28,13% do total dos entrevistados. Apenas dois (6,3%) classificaram o hospital com nota 5 ou inferior.

Quadro 89 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 6 (classificação nível de qualidade)

Código	Segmentos codificados de todos os documentos	% Segmentos codificados de todos os documentos
10	0	0,00
9	13	40,63
8	9	28,13
7	5	15,63
6	3	9,38
5	0	0,00
4	1	3,13
3	1	3,13
2	0	0,00
1	0	0,00

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2018

Na justificação à classificação atribuída foram encontradas 32 verbalizações agrupadas em 11 unidades de registo (quadro 90).

Quadro 90 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 6 (justificação do nível de qualidade)

Código	Segmentos codificados de todos os documentos	% Segmentos codificados de todos os documentos
Desinvestimento na formação e ação do gabinete de qualidade	8	25,00
Gabinete de qualidade interventivo	5	15,63
Realização de auditorias	4	12,50
Empenho dos recursos humanos	3	9,38
Cultura organizacional que prima a qualidade	3	9,38
Articulação entre os diferentes atores	3	9,38
Boa gestão	2	6,25
Problemas de infraestruturas	1	3,13
Falta de recursos humanos	1	3,13
Falta de articulação	1	3,13
Eventos adversos	1	3,13

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2018

Os entrevistados destacaram como fatores positivos, que poderão estar na base dos bons resultados de qualidade: gabinete de qualidade interventivo (n=5; 15,6%) (*exs. "um gabinete*

reforçado que ouve os profissionais de saúde" (E21, p.2)); "um gabinete de qualidade muito presente" (E29, p.2)); realização de auditorias (n=4; 12,5%) (exs. "em constante auditoria à qualidade dos cuidados, o que mantém elevado nível de proficiência" (E7, p.2); "tem margem de crescimento desde que se continue a promover auditorias" (E32, p.2)); o empenho dos recursos humanos (n=3; 9,4%) (exs. "Equipas altamente profissionais, envolvidas e empenhadas no cuidado ao doente/cliente" (E7, p.2); "profissionalismo dos recursos humanos, que dedicam grande atividade na obtenção dos mais elevados padrões de qualidade" (E31, p.2)); uma cultura organizacional que prima a qualidade (n=3; 9,4%) (exs. "uma cultura organizacional muito forte e motivada nesta área" (E21, p.2); "a cultura organizacional implementada" (E31, p.2)); a articulação entre os diferentes atores (n=3; 9,4%) (exs. "envolvimento dos diretores de serviço com o gabinete de qualidade tem contribuído para estes resultados" (E15, p.2); "articular as ações de melhoria envolvendo toda a estrutura do hospital" (E32, p.2)); a promoção de uma boa gestão (n=2; 6,3%) (exs. "forte empenho da administração" (E24, p.2); "forte controlo na gestão dos recursos e monitorização de indicadores" (E7, p.2)).

Como fatores que poderão ser alvo de melhoria, são referidos: desinvestimento na formação e ação do gabinete de qualidade (n=8; 25,0%) (exs. "4h semanais, não dando para fazer auditorias a todos os serviços" (E19, p.2); "na formação" (E20, p.2)); os problemas de infraestruturas (n=1; 3,1%) (exs. "deficiência de infraestruturas, como é exemplo a dificuldade em estabelecer áreas de limpos e de apoio à prática clínica, bem como a ampliação do bloco operatório urgente e necessária, permitindo uma maior circulação de doentes" (E10, p.2)); a falta de recursos humanos (n=1; 3,1%) (exs. "prejudicada pela falta de recursos humanos" (E20, p.2)); a falta de articulação (n=1; 3,1%) (exs. "falta de articulação" (E17, p.2)); e a ocorrência de eventos adversos (n=1; 3,1%) (exs. "existem limitações, nomeadamente não controladas pelo gabinete e relacionadas com atividade direta dos profissionais, que impedem a classificação de 10" (E27, p.2)).

Como resultados, os entrevistados classificam a qualidade com níveis mais elevados do que a eficiência, focando a sua justificação em torno da qualidade da ação do gabinete de qualidade, tanto nas melhores classificações, como nas mais baixas. Quando olham para a própria instituição, no plano da eficiência, destacam a redução de desperdícios e a existência de um plano estratégico como justificações para as elevadas classificações e referem questões como

a restrição orçamental, a falta de investimento e as infraestruturas, como pontos associados às classificações mais baixas.

9.2. Discussão dos resultados

De acordo com os resultados apresentados, não é possível afirmar, de forma inequívoca, que as unidades hospitalares em regime de PPP são mais eficientes do que as unidades pertencentes ao setor empresarial do Estado.

De forma semelhante, o estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2016) não retira uma conclusão precisa acerca das vantagens ou desvantagens do regime de PPP. Nos seus resultados, a ERS considerou que as PPP em saúde foram eficientes de uma forma global, tendo os hospitais de Braga e Cascais (que revelou um desempenho de Muito Bom relativamente aos “Custos de regulação”) apresentado eficiências positivas. Contudo, não se observaram evidências estatisticamente significativas de que os hospitais PPP são mais eficientes do que os E.P.E..

No seu estudo, a ERS faz ainda referência ao relatório⁴² da ARS Norte, onde é referido que o hospital de Braga é mais eficiente do que os hospitais comparáveis no seu grupo de referência. De acordo este relatório, os encargos relativos ao Hospital de Braga são menores do que a maioria dos hospitais que integram o seu grupo de referência. No presente estudo também se verificou que o Hospital de Braga está entre as unidades mais eficientes em análise. Estas conclusões vêm reforçar a ideia, referida na literatura, de que as práticas de gestão do setor privado conseguem prestar serviços a um mais baixo custo (Liu, Wang, & Wilkinson, 2016) e de um modo eficiente do ponto de vista económico (Forrer et al., 2010; Allard & Trabant, 2011). Este facto vem de acordo com as teorias económica e da escolha pública, que prevêem que hospitais privados superem os hospitais públicos em termos de eficiência (Czypionka et al., 2014). Assim, e de acordo com o novo institucionalismo económico, deve optar-se pela externalização do serviço, dado que a contratação externa é menos dispendiosa do que a sua internalização (Williamson, 2005; 2010).

⁴² Através do ofício do dia 10 de março de 2016, ao qual a ARS Norte respondeu em 28 de março de 2016 e a ARS Lisboa e Vale do Tejo em 2 de maio de 2016 (ERS, 2016).

Também o relatório elaborado pela Equipa de Projeto (2016), com o objetivo de analisar as questões necessárias para dar suporte à decisão pública relativamente à continuidade do contrato de gestão do Hospital de Cascais, vem reforçar a opção da externalização, face à internalização da gestão dos serviços clínicos. De acordo com o referido relatório, a principal consequência para o Estado, no caso de internalização, prende-se com o facto de este ter que voltar a assumir os riscos que estão associados à gestão clínica e que tinham sido transferidos para o parceiro privado, através do estabelecimento da parceria. Para além disso, é referido também no respetivo documento que este aspeto é especialmente prejudicial para o Estado, dado que, para além deste voltar a assumir os riscos, o setor privado detém, em muitos casos, uma maior capacidade para os gerir, tendo em conta a maior flexibilidade de que dispõe.

A possibilidade de internalização dos serviços clínicos tem outros impactos decorrentes da diferença entre os respetivos regimes, tais como "(i) a volatilidade dos preços aplicados em cada ano, (ii) a fixação do ICM sem correção em função do seu valor real e, sobretudo, (iii) as transferências adicionais (à produção) que são por vezes efetuadas para os hospitais EPE" (Equipa de Projeto, 2016, p.227). Como tal, no relatório conclui-se que com a internalização dos serviços se perde o incentivo "que o parceiro privado tem a alocar de forma mais eficiente, e com qualidade, os recursos, humanos e materiais, por forma a gerir da melhor forma esses riscos" (Equipa de Projeto, 2016, p.227).

Contudo, para que as PPP sejam benéficas para o erário público é necessário haver uma rigorosa negociação por parte do Estado, de modo a evitar o risco da sua captura por parte dos interesses do setor privado, como refere a Teoria da Escolha Pública (Savas, 2000, p.4).

De acordo com a análise realizada aos indicadores de qualidade considerados, não é possível aferir a existência de um *trade-off* entre eficiência e qualidade nas unidades hospitalares em análise, o que vai ao encontro ao estudo de Nayar e Ozcan (2008), que conclui que a melhoria da eficiência técnica não tem que comprometer necessariamente a qualidade. Também Chang et al (2011) e Khushalani e Ozcan (2017) referem que é possível obter uma melhoria na eficiência e na qualidade sem que isso prejudique algum destes conceitos. Do mesmo modo, Navarro-Espigares e Torres (2011) concluem não existir um *trade-off* entre qualidade e eficiência, pois verificam uma fraca relação entre os seus indicadores, o que permite observar que as conclusões do presente estudo corroboram os resultados referidos na literatura.

Dos resultados obtidos através da análise das entrevistas, observou-se que a maioria dos entrevistados considerou a existência de uma relação entre eficiência e qualidade. Para além disso, destacaram um conjunto de fatores que podem potenciar ou limitar essa relação, assim como a obtenção de um destes conceitos, sem o comprometimento do outro, sendo que os mais referidos são os que estão relacionados com: a ação dos profissionais de saúde (dedicação, motivação/desmotivação); a existência de uma forte e presente liderança; a articulação entre a liderança corporativa e a clínica; a existência de uma forte política de promoção da qualidade com realização de auditorias; a promoção de normas/protocolos; os termos dos contratos-programa; a monitorização/acompanhamento da atividade; a comunicação e a cultura organizacional implementada.

De acordo com a análise das entrevistas, verificou-se que, na perceção dos entrevistados, a ação dos profissionais de saúde é determinante nos resultados de eficiência e qualidade, contribuindo assim para este binómio. Estes resultados vão ao encontro da literatura, nomeadamente dos trabalhos de: Nikic, Arandjelovic, Nikolic e Stankovic (2008), que fizeram uma avaliação de um conjunto de hospitais, na qual concluíram que a satisfação dos profissionais de saúde é determinante, pelo impacto que tem na produtividade e na qualidade; *European Observatory on Health Systems and Policies*, que ao evidenciar as dimensões mais frequentes da qualidade em saúde, considerou em segundo lugar a sua relação com a eficiência (Legido-Quigley, McKee, Nolte, & Glinos, 2008). Kudzey (2018), ao avaliar o impacto da satisfação dos profissionais de saúde, concluiu que esta motiva os profissionais e contribui para uma elevada qualidade e uma maior eficiência na prestação de cuidados aos utentes. Franco e Haase (2010), que no seu estudo sobre satisfação dos trabalhadores, concluíram que a motivação encoraja os profissionais e incentiva à contenção de custos, bem como ao aumento da produtividade e da qualidade dos serviços, permitindo uma gestão mais eficiente.

Foram apontados como fatores determinantes na promoção da eficiência e de melhores indicadores de qualidade para os serviços de saúde, a existência de uma liderança presente e forte, com articulação entre as lideranças corporativa e clínica. Estes resultados estão de acordo com o estudo de Sarto e Veronesi (2016), que ao avaliarem a relação entre uma liderança clínica participativa e os resultados de desempenho dos hospitais, concluíram existir um impacto positivo nos resultados, reforçando a ideia da integração de profissionais de saúde

em cargos de liderança nas organizações de saúde, com intervenção nas decisões de gestão. Também Spurgeon, Clark e Ham (2011), referem que a qualidade de liderança e da gestão define a diferença entre a excelência e o fracasso nas instituições de saúde. Os mesmos autores acrescentam ainda que o envolvimento da liderança clínica determina a eficácia geral, a segurança, a qualidade e a reputação de todas as organizações de saúde. Na mesma linha, o Departamento de Saúde no Reino Unido (Department of Health, 2008), ao abordar a qualidade, refere que os médicos devem integrar a liderança dos serviços/departamentos e manter uma postura formal dentro da equipa clínica, trabalhando com outros líderes (clínicos ou gestores) em prol do desempenho e benefício dos utentes. Nas conclusões de um estudo provido por Clark, Spurgeon e Hamilton (2008), é defendido o maior envolvimento médico na gestão e negociação com os gestores e até com os decisores políticos, para a obtenção de melhores resultados de qualidade, eficiência e eficácia. A importância da governação clínica em organizações predominantemente dominadas por determinadas classes profissionais, de acordo com Minstzberg (1979), está relacionada com o controle que estes detêm sobre os resultados. Deste modo, segundo o autor, a tomada de decisão pelo topo (políticos, gestores) é mais restrita, sendo por isso fundamental envolver estes profissionais nos processos de gestão.

Foi destacada, praticamente por todos os entrevistados, a importância da existência de uma forte política de promoção da qualidade, nomeadamente com a realização de auditorias, promovidas por um gabinete de qualidade ativo. Este resultado também é partilhado na literatura, existindo um consenso entre vários autores/investigadores, como são exemplo: os trabalhos realizados por Esposito e Canton (2014), que ao abordarem esta questão, ao nível dos departamentos de nefrologia, concluíram que a auditoria clínica ao medir um resultado clínico ou um processo, usando padrões bem definidos e baseados nos princípios da evidência científica, permite identificar mudanças necessárias para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com os autores, esta é uma questão central que, juntamente com a promoção da eficiência baseada numa adequada alocação de recursos, constitui uma questão central da gestão dos sistemas de saúde. Segundo os trabalhos de Limb, Fowler, Gundogan, Koshy, e Agha (2017), as auditorias e a melhoria da qualidade são uma forma adequada para conhecer melhor um determinado campo e possibilitar a promoção de melhorias. A Organização Mundial da Saúde dedicou uma conferência a este tema, ao nível dos 27 sistemas de saúde europeus, onde se retiraram conclusões importantes que vão ao encontro da perspetiva dos entrevistados, nomeadamente: a) a auditoria envolve todos os profissionais e é

fundamental para fornecer informações aos profissionais, permitindo-lhes ajustar o seu desempenho e melhorar as suas práticas; b) a evidência disponível, nos casos apresentados, permitiu concluir que as melhorias na prática profissional resultam das recomendações elaboradas através das auditorias; c) a auditoria deve ser uma rotina nos sistemas de saúde de forma a promover a qualidade; d) as auditorias têm custos variáveis que são determinados pela disponibilidade de pessoal e pela qualidade dos dados; e) a auditoria necessita de uma contínua monitorização das melhorias implementadas (Flottorp, Jamtvedt, Gibis, & McKee, 2010).

O desenvolvimento de normas/protocolos de atuação, com o seu respetivo acompanhamento, é um dos fatores mais salientado pelos entrevistados como potenciador de maior qualidade. Esta questão foi referida em 2006 pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), que considerou a existência de normas como uma das formas mais eficientes para promover a qualidade nos serviços de saúde e, em 2008, recomendou a aplicação de diretrizes/normas para a qualidade a nível local (em cada instituição), com o devido acompanhamento das mesmas (OMS, 2008) (o que no caso dos resultados das entrevistas, pode ser entendido como a função dos gabinetes de qualidade, muitas vezes referidos). Mais recentemente, a OCDE, num relatório final sobre recomendações relativas à qualidade dos cuidados em saúde (OCDE, 2017), com base nas experiências de cinco países, refere que é necessário focar mais o doente e melhorar os resultados dos indicadores de saúde, sendo para isso fundamental estabelecer padrões de qualidade, diretrizes e normas na prestação de cuidados de saúde, o que vai ao encontro da perspectiva dos entrevistados. Porém, a OCDE, tal como a OMS (2008), destaca que o desenvolvimento de normas/padrões deve envolver também uma comunicação ativa entre os profissionais e os gestores, e a implementação da aplicação de medidas corretivas, e sucessiva monitorização, sendo esta reconhecida como uma boa prática dos processos de auditoria pelo *National Institute for Clinical Excellence* do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NICE, 2002).

Os resultados das entrevistas fazem referência, em muitas das respostas, aos contratos-programa, criticando os seus mecanismos de incentivos e penalidades, considerando-os por vezes desajustados. Segundo Nunes e Matos (2018), que compararam a evolução dos termos de referência nos últimos cinco anos, verificou-se uma maior preocupação com a qualidade e eficiência, com a existência de incentivos e penalidades relacionados com o *benchmarking*,

promovendo os hospitais com melhores resultados. De acordo com os termos de referência para a contratualização mais recente (ACSS, 2018), as penalidades incidem ao nível do cumprimento de programas de promoção e adequação do acesso; no reporte e publicação de informação de gestão, no registo, consulta, partilha de informação e desmaterialização de processos, ao nível da cobrança de receita (cobrança efetiva) e aos desvios nos resultados financeiros (ACSS, 2018). A justificação para as penalidades associadas ao contrato-programa tem fundamento na necessidade de "aumentar os níveis de exigência e de rigor e prevenir a ocorrência sistemática de situações de incumprimento por parte das instituições" (ACSS, 2018, p.72), cujas consequências ocorrem "no valor do financiamento a aplicar às entidades" (ACSS, 2018, p.72). Esta questão está de acordo as críticas dos entrevistados, que referem a penalização como prejudicial para a capacidade financeira da instituição, podendo esta ser substituída por incentivos, tal como ocorre com outros indicadores e que tem impacto ao nível do acesso (primeiras consultas, tempos de espera, episódios de urgência, referenciação de doentes para a rede nacional de cuidados continuados integrados), da qualidade (cirurgia em ambulatório, cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas, índices de risco e segurança, infeções hospitalares) e da eficiência (nível dos custos por doente padrão). Assim, a atual contratualização hospitalar vai ao encontro das recomendações da OCDE, que destaca como medida de promoção da qualidade e segurança dos utentes, a promoção de incentivos institucionais no campo da qualidade.

10. CONCLUSÕES

10.1. Principais conclusões

A presente investigação propôs-se a cumprir o objetivo geral de comparar o comportamento, em termos de eficiência técnica e de produtividade da gestão nas unidades hospitalares do setor público, em regime E.P.E. e PPP, entre os anos 2013 e 2017. A escolha deste período temporal deveu-se principalmente ao facto de serem os anos em que todos os hospitais E.P.E. e PPP funcionaram em simultâneo.

Para além deste objetivo, pretendeu-se também:

- Analisar a evolução da eficiência técnica nos hospitais E.P.E. e PPP;
- Analisar o comportamento da produtividade nos hospitais E.P.E. e PPP;
- Comparar a eficiência técnica de cada hospital em regime PPP com as restantes unidades integradas no respetivo grupo hospitalar;
- Comparar a produtividade dos hospitais PPP, criados em regime de substituição, antes e após a realização da parceria;
- Analisar aspetos sobre a qualidade nos hospitais que apresentem maiores diferenciais nos *scores* de eficiência.

Assim, de modo a alcançar os objetivos propostos, e com base na revisão da literatura, foram definidas as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Os hospitais em regime de PPP são mais eficientes que os hospitais E.P.E.;

H2: Os hospitais em regime de PPP são mais produtivos que os hospitais E.P.E.;

H3: Os hospitais PPP, criados em regime de substituição, são mais produtivos do que eram previamente à introdução da parceria;

H4: Os hospitais considerados mais eficientes, em cada grupo hospitalar, são aqueles que apresentam melhores indicadores de qualidade.

De forma a dar resposta às referidas hipóteses, recorreu-se à metodologia DEA para obter os scores de eficiência de todas as unidades hospitalares em estudo, para cada um dos referidos anos, o que possibilitou também o cálculo do índice de produtividade de Malmquist.

Após a observação dos resultados obtidos, foram também analisados indicadores de qualidade relativamente às unidades mais e menos eficientes de cada grupo hospitalar. Para complementar esta análise, entrevistaram-se elementos da gestão das respetivas unidades, de modo a dar resposta aos seguintes objetivos:

- Percepção dos entrevistados sobre a existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e dos motivos para o mesmo;
- Causas causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- Relação entre os Contratos Programa/Contrato de Gestão e o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

Por fim, após analisados os resultados obtidos através da DEA e destes serem complementados com a análise de conteúdo de todas as entrevistas (no caso da hipótese 4), foi possível retirar as conclusões que se apresentam de seguida.

No que diz respeito à primeira hipótese, observou-se que a média dos *scores* de eficiência ao longo do período temporal em estudo é, de um modo geral, mais elevada nas unidades hospitalares em regime PPP, apresentando também estas unidades valores mais próximos da fronteira de eficiência, verificando-se assim a hipótese. Conclui-se também que, a partir de 2015, as unidades do setor empresarial do Estado melhoram os seus resultados de eficiência, aproximando-se dos valores das PPP em 2016. É de salientar a existência de incentivos às melhores práticas na contratualização dos hospitais E.P.E., tendo estes sido reforçados no ano de 2016.

Relativamente à segunda hipótese, referente ao facto dos hospitais em regime PPP serem mais produtivos do que os E.P.E., esta também foi verificada. Ao longo dos anos em análise, os hospitais PPP apresentaram um maior crescimento da produtividade do que os hospitais E.P.E.. Mesmo no período decorrente entre 2014 e 2015, onde se verificou uma quebra na produtividade nos hospitais de ambos os regimes, esta redução foi superior nas unidades do setor empresarial do Estado. Porém, no último ano em análise os hospitais apresentam um

sinal positivo de crescimento da produtividade em ambos os regimes, sendo que este aumento é superior nas unidades em regime de PPP.

A terceira hipótese, de que os hospitais de substituição são mais produtivos do que eram previamente à introdução da parceira foi verificada. Assim, concluiu-se que os hospitais de Braga, Cascais e Vila Franca de Xira apresentaram um crescimento da produtividade desde o primeiro ano de atividade em regime de PPP, comparativamente ao período imediatamente anterior ao estabelecimento da parceria. Não foi feita uma análise ao Hospital de Loures, dado que este foi construído de raiz, não havendo lugar a substituição.

Por fim, não foi verificada a quarta e última hipótese em estudo, de que os hospitais mais eficientes apresentam também os melhores índices de qualidade. Após a análise dos indicadores de qualidade dos hospitais que apresentaram os resultados mais eficientes e menos eficientes do respetivo grupo hospitalar, não foi possível concluir a existência de uma relação direta entre eficiência e qualidade. Existem alguns hospitais que apresentam bons resultados de eficiência e qualidade, mas também se verifica a situação inversa, em que unidades menos eficientes apresentam bons indicadores de qualidade, assim como hospitais eficientes com piores indicadores de qualidade.

Deste modo, não é possível concluir a existência de um *trade-off* entre eficiência e qualidade. Ainda no âmbito da hipótese 4, como conclusão da análise das entrevistas que objetivaram compreender melhor quais as possíveis causas para essas diferenças, foram encontrados os seguintes motivos: fatores relacionados com os recursos humanos (nomeadamente a ação dos profissionais de saúde); a liderança /gestão intermédia (planeamento; ausência de normas/protocolos clínicos; realização de auditorias; acompanhamento e monitorização); questões financeiras (aquisição de equipamentos; problemas de contratualização, subfinanciamento, investimento e falta de recursos).

Em suma, verifica-se uma tendência de melhores resultados de eficiência e produtividade no grupo de hospitais cujo quadro legal assenta no modelo de parceria público privada. Contudo, verifica-se que a existência simultânea de ambos os modelos (E.P.E. e PPP), e as suas respetivas comparações, têm contribuído para uma maior transparência, rigor e estímulo às boas práticas. Assim, desde 2013 que a contratualização de cuidados de saúde tem reforçado a

importância atribuída às medidas promotoras de eficiência e qualidade, com o reforço de incentivos às melhores práticas clínicas e de gestão, visando a obtenção de uma maior eficiência e qualidade no uso dos recursos. Esta preocupação mantém-se atualmente evidente nos Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019, onde se reforçam as questões essenciais para a conciliação entre qualidade e eficiência na prestação de cuidados.

10.2. Limitações ao estudo e sugestões futuras

Ao longo do percurso desta investigação foram encontradas algumas limitações na sua realização.

A maior limitação diz respeito aos dados que estão disponíveis por parte das unidades hospitalares em regime de PPP. O facto de não existirem dados relativos aos custos desagregados por linha de atividade clínica impede que seja possível elaborar uma análise mais detalhada ao nível da eficiência e produtividade de cada serviço.

Outra limitação está relacionada com o défice de estudos existentes sobre os hospitais PPP existentes em Portugal, o que impede a realização de uma discussão mais alargada. O facto de estes se constituírem como um modelo de PPP inovador, tornar-se também uma questão limitadora na revisão da literatura.

Não foi possível incluir as Unidades Locais de Saúde no presente estudo, dado que por um lado apresenta um modelo misto de financiamento que integra uma componente por capitação ajustada ao risco, que é acrescida de um pagamento adicional por doente tratado e por outro lado, o seu financiamento não separa as rubricas de custos operacionais dos cuidados de saúde hospitalares e dos primários.

Como foram identificadas as unidades hospitalares com maior diferencial de eficiência, por grupo hospitalar, e a relação destes resultados com questões de qualidade, sugere-se que estes hospitais possam ser investigados futuramente, de uma forma mais aprofundada, em estudos de caso.

Por fim, sugere-se também uma análise destes resultados à luz da questão geográfica dos hospitais, de forma a averiguar se existe alguma relação entre os diferenciais de eficiência destas unidades e a região do país na qual estão inseridas.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, P. (2011). *A empresarialização dos hospitais públicos em Portugal: análise comparativa da eficiência dos hospitais S.A. transformados em E.P.E.* Lisboa: Chiado Editora.
- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2011). *Manual do processo de contratualização – Hospitais e Unidades Locais de Saúde.* Lisboa: ACSS.
- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2013). *Modelo de financiamento dos hospitais. Definição dos grupos de financiamento e caracterização de variáveis utilizadas na formação de Grupos.* Lisboa: ACSS.
- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2016). *Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2016.* Lisboa: ACSS.
- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018.* Lisboa: ACSS.
- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2018). *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018.* Lisboa: ACSS.
- Adão e Silva, P. (1997). Estado Providência: O modelo político do Estado moderno. *Finisterra*, 24, 37-60.
- Adler, N., Friedman, L., & Stern, Z. (2002). Review of Ranking Methods in the Data Envelopment Analysis Context. *European Journal of Operational Research*, 140(2), 249-265. doi: 10.1016/S0377-2217(02)00068-1.
- Albrow, M. (1970). *Bureaucracy.* London: Pall Mall Press.
- Aletras, V., Kontodimopoulos, N., Zagouldoudis, A., & Niakas, D. (2007). The short-term effect on technical and scale efficiency of establishing regional health systems and general management in Greek NHS hospitals. *Health Policy*, 83(2-3), 236–245. doi:10.1016/j.healthpol.2007.01.008.
- Aligica, P. (2015). Public Administration, Public Choice and the Ostroms: the achievements, the failure, the promise. *Public Choice*, 163, 111-127. doi: 10.1007/s11127-014-0225-8.
- Allard, G., & Trabaut, A. (2011). Public-Private Partnerships in Spain: lessons and opportunities. *International Business & Economics Research Journal*, 7(2), 1-24. doi: 10.19030/iber.v7i2.3217.
- Almeida, A., Frias, R., & Figue, J.P. (2015). Evaluating Hospital efficiency adjusting for quality indicators: An application to Portuguese NHS Hospitals. *Health Econ Outcome Res Open Access* 103(1), 1-5. doi:10.4172/2471-268x.1000103.
- Alves, A., & Moreira, J. (2004). *O que é a escolha pública? Para uma análise económica da política.* Cascais: Principia.
- Andersen, P., & Petersen, N. (1993). A procedure for ranking efficient units in data envelopment analysis. *Management Science*, 39, 1261-1264. doi: 10.2307/2632964.
- António, I. (2014). Das Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde: Análise e reflexão sobre alguns Aspectos Económico-Financeiros. *Revista Electrónica de Direito*, 2, 1-35.
- Araújo, C., Barros, C.P., & Wanke, P. (2014). Efficiency determinants and capacity issues in Brazilian for-profit hospitals. *Health Care Manag Sci* 17(2), 1-13. doi:10.1007/s10729-013-9249-8

-
- Araújo, J. (2002). NPM and the change in Portuguese central government. *International Public Management Journal*, 5(3), 223-236.
- Araújo, J. (2007). *Avaliação da gestão pública: a administração pós burocrática*. In conferência UNED. Coruña,(Espanha). Obtido de <http://hdl.handle.net/1822/8309>, , consultado em 30 de março de 2017.
- Araújo, J. (2013). Da nova gestão pública à nova governação pública: pressões emergentes da fragmentação das estruturas da administração pública. In Araujo, J. & Silvestre, H. (Editores). *Compendio em Administração Pública* (Capítulo 3). Lisboa: Escolar Editora.
- Arfa, C., Leleu, H., Goaïed, M., & Van Mosseveld, C. (2016) Measuring the capacity utilization of public district hospitals in Tunisia: using dual data envelopment analysis approach. *Int J Health Policy Manag* 6(1), 9-18. doi: 10.15171/IJHPM.2016.66.
- Arocena, P., & García-Prado, A. (2007). Accounting for quality in the measurement of hospital performance: Evidence from Costa Rica. *Health Economics*, 16(7), 667–685. doi:10.1002/hec.1204-
- Asquith, A., Brunton, M., & Robinson, D. (2015). Political influence on public-private partnerships in the public health setor in New Zealand. *International Journal of Public Administration*, 38(3), 179-188. doi:10.1080/01900692.2014.929590.
- Augier, M., & March, J. (2001). Remembering Herbert A. Simon (1916-2001). *Public Administration Review*, 61(4), 396-402. doi:10.1111/0033-3352.00043.
- Azevedo, E. (2008). *As parcerias público privadas: Instrumento de uma nova governação pública*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa.
- Bahari, A., & Emrouznejad, A. (2014). Influential DMUs and outlier detection in data envelopment analysis with an application to health care. *Ann Oper Res* 223(1), 95-108. doi:10.1007/s10479-014-1604-8 .
- Banco Mundial (2012). *Public-Private Partnerships: Reference Guide*. Washington: International Bank for Reconstruction and Development / International.
- Banker, R., Charnes, A., & Cooper, W. (1984). Some Models for Estimating Technical and Scale Inefficiencies in Data Envelopment Analysis. *Management Science*, 30(9), 1078-1092. doi: 10.2307/2631725.
- Banker, R., Charnes, A., Cooper, W., Swarts, W., & Thomas, D. (1989). An introduction to data envelopment analysis with some of its models and their uses. *Research in governmental and nonprofit accounting*, 5(1), 125-163.
- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido* (3ª edição). Madrid: Ediciones Akal.
- Barr, N. (1998). *The economics of the welfare state* (3th edition). Oxford: University Press.
- Barros, P. (2010). As parcerias público privadas na saúde em Portugal. In Simões, J. (Coord.). *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado* (pp. 519-560). Coimbra: Almedina.
- Barros, P. (2012). Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy*, 106, 17-22. doi:10.1016/j.healthpol.2012.04.008.
- Barros, P. (2013). *Economia da saúde - conceitos e comportamentos* (3ª edição). Coimbra: Almedina.
- Barros, P., & Martinez-Giralt, X. (2009). Contractual design and PPPs for hospitals: lessons for the Portuguese model. *European Journal of Health Economics*, 10, 437-453. doi:10.2139/ssrn.1128951.
-

-
- Barry, D., & Whitecomb, H. (2005). *The legal foundations of Public Administration*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- Barsky, R., & Kilian, L. (2004). Oil and the macroeconomy since the 1970s. *The Journal of Economic Perspectives* 18(4), 115–134.
- Barzelay, M. (1992). *Breaking through bureaucracy: A new vision for managing in government*. Berkeley: University of California Press.
- Beetham, D. (1985). *Max Weber and the theory of modern politics* (2nd edition). Oxford: Basil Blackwell.
- Behn, R. (1999). The new public management paradigm and the search of democratic accountability. *International Public Management Journal*, 1(2), 131-265. doi:10.1016/s1096-7494(99)80088-9.
- Berg, S., Forsund, F., & Jansen, E. (1992). Malmquist indices of productivity growth during the deregulation of Norwegian banking. *Scandinavian Journal of Economics*, 94, 211-228. doi:10.2307/3440261.
- Berwick, D., & Fox, D. (2016). Evaluating the quality of medical care: Donabedian's classic article 50 years later. *Milbank Quarterly*, 94(2), 237-241. doi:10.1111/1468-0009.12189.
- Bevir, M. (2007). *Enciclopedia of governance*. California: Sage Publications.
- Bevir, M. (2010). Governance as theory, practice, and dilemma. In Bevir, M. (Ed.), *The Handbook of Governance* (pp.1-16). London: SAGE Publications Ltd.
- Bevir, M. (2012). *Governance: A Very Short Introduction*. Reino Unido: Oxford University Press.
- Bilhim, J. (2000). Reduzir o insustentável peso do Estado para aumentar a leveza da Administração. *Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas*, 1, 18-37.
- Bilhim, J. (2013a). *Ciência da administração*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bilhim, J. (2013b). Papel dos gestores na mudança cultural da administração central do Estado: o caso da meritocracia. *Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica*, 5(2), 205-227.
- Bilhim, J. (2013c). *Teoria organizacional: Estruturas e pessoas*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bilhim, J. (2014a). Política e administração: em que medida a atividade política conta para o exercício. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XXVIII, 11 - 31.
- Bilhim, J. (2014b). As práticas dos gestores públicos em Portugal e os códigos de ética. *Seqüência*, 69, 61-82. doi: 10.18601/21452946.n14.07.
- Bilhim, J. (2017). Nova governação pública e meritocracia. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 84, 9-25. doi: 10.7458/SPP2017849462.
- Bilhim, J., Ramos, R., & Pereira, L. (2015). Paradigmas administrativos, ética e intervenção do Estado na economia: o caso de Portugal. *Revista digital de Derecho Administrativo*, 14, 91-125.
- Bilsel, M., & Davutyan, N. (2011) Hospital efficiency with risk adjusted mortality as undesirable output: the Turkish case. *Ann Oper Res* 221(1), 73–88. doi:10.1007/s10479-011-0951-y.
-

-
- Bin, S., Zhang, L., Yang, W., Zhang, J., Luo, D., & Han, C. (2016). Data envelopment analysis on evaluating the efficiency of public hospitals in Tianjin, China. *Transactions of Tianjin University* 22(2), 182–188. doi:10.1007/s12209-016-2725-8.
- Bogason, P., & Brans, M. (2008). Training and teaching. Making public administration: teaching and theory relevant. *European Consortium for Political Research*, 7, 84-97. doi:10.1057/palgrave.eps.2210181.
- Bovaird, T. (2004). Public–private partnerships: from contested concepts to prevalent practice. *International Review of Administrative Sciences*, 70(2), 199-215. doi:10.1177/0020852304044250.
- Bovaird, T., & Löffler, E. (2009). *Public management and governance (2nd edition)*. Nova York: Routledge.
- Bowlin, W. (1998). Measuring Performance: An Introduction to Data Envelopment Analysis (DEA). *The Journal of Cost Analysis*, 15(2), 3-27. doi:10.1080/08823871.1998.10462318.
- Boyne, G. (2002). Public and private management: What's the difference? *Journal of Management Studies*, 39(1), 97-122. doi:10.1111/1467-6486.00284.
- Brathaug, A. (2006). *Measurement of health output experiences from the norwegian national accounts*. OECD /ONS/Government of Norway workshop on measurement of nonmarket output in education and health. Oslo: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.
- Brennan, G. & Buchanan, J. (1988). Is Public Choice Immoral? The Case for the "Nobel" Lie. *Virginia Law Review*, 74(2), 179-189. doi:10.2307/1073142.
- Brinkmann, S., Jacobsen, M., & Kristiansen, S. (2014). Historical Overview of Qualitative Research in the Social Sciences. In Leavy, P. (Ed.), *The Oxford Handbook of Qualitative Research* (pp.17-42). Oxford: University Press.
- Bryce C., Engberg J., & Wholey D. (2000). Comparing the agreement among alternative models in evaluating HMO efficiency. *Health Services Research*, 35(2), 509–28.
- Buchanan, J. (1984). Politics without romance: a sketch of positive public choice theory and its normative implications. In Buchanan, J., & Tollison, R. (Eds.). *The Theory of Public Choice - II* (pp.11-22). Estados Unidos: University of Michigan Press.
- Bull, A. (1994). Specifying quality in healthcare. *Journal of Management in Medicine*, 8(2), 5-8. doi: 10.1108/EUM00000000003873.
- Bult-Spiering, M., & Dewulf, G. (2006). *Strategic issues in public-private partnerships: an international perspective*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Butler, T., & Li, L. (2005). The utility of returns to scale in DEA programming: an analysis of Michigan rural hospitals. *European Journal of Operational Research*, 161, 469-77. doi:10.1016/j.ejor.2003.09.019.
- Caballero, G., & Soto-Oñate, D. (2015). The diversity and rapprochement of theories of institutional change: original institutionalism and new institutional economics. *Journal Of Economic Issues*, 49 (4), 947-977. doi:10.1080/00213624.2015.1105021.
- Caballero, G., & Soto-Oñate, D. (2016). Why transaction costs are so relevant in political governance? A new institutional survey. *Brazilian Journal of Political Economy*, 36(2), 330-352. doi: 10.1590/0101-31572016v36n02a05.
- Cabral, N. (2009). *As parcerias público-privadas*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, A. (2008). *Reformas da saúde – o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina.
-

-
- Campos, A., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.
- Capul, J., & Garnier, O. (1996). *Dicionário de economia e de ciências sociais*. Lisboa: Plátano.
- Carvalho, E. (2008). *Agendas e Reforma Administrativa em Portugal*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade Técnica de Lisboa.
- Carvalho, E. (2013). Decisão na administração pública - Diálogo de racionalidades. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 73, 131-148. doi: 10.7458/SPP2013732811.
- Castro-Lobo, M., Ozcan, Y., da Silva, A., Lins, M., & Fiszman, R. (2010). Financing reform and productivity change in Brazilian teaching hospitals: Malmquist approach. *Central European Journal of Operations Research*, 18(2), 141-152. doi:10.1007/s10100-009-0097-z.
- Caves, D., Christensen, L., & Diewert, W. (1982). The economic theory of index numbers and the measurement of input, output and productivity. *Econometrica*, 50, 1393-1414. doi:10.2307/1913388.
- Clark, J., Spurgeon, P., & Hamilton, P. (2008). Medical Professionalism: leadership competency - an essential ingredient. *The International Journal of Clinical Leadership*, 16(1): 3-9.
- Clement, J., Valdmanis, V., Bazzoli, G., Zhao, M., & Chukmaitov, A. (2008). Is more better? an analysis of hospital outcomes and efficiency with a DEA model of output congestion. *Health care management science*, 11(1), 67-77. doi:10.1007/s10729-007-9025-8.
- Cluny, A. (2011). *Responsabilidade Financeira e Tribunal de Contas*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Coase, R. (1937). The Nature of the Firm. *Economica*, 4(4), 386-405. doi: 10.1111/j.1468-0335.1937.tb00002.x.
- Coase, R. (1960). The Problem of Social Cost. *Journal of Law and Economics*, 3, 1-44.
- Coase, R. (1994). *Essays on Economics and Economists*. Estados Unidos: The University of Chicago Press.
- Coase, R. (1998). The New Institutional Economics. *The American Economic Review*, 88(2), 72-74.
- Coase, R. (2008). The Institutional Structure of Production. In Ménard, C., & Shirley, M. (Eds.). *Handbook of New Institutional Economics* (pp. 31-41). Berlim: Springer.
- Comissão Europeia (2003). *Guidelines for successful public-private partnerships*. Obtido de: https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/ppp_en.pdf, consultado a 30 de outubro de 2017.
- Comissão Europeia (2004). *Livro verde sobre as parcerias público-privadas e o direito comunitário em matéria de contratos públicos e concessões*. Obtido de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:52004DC0327>, consultado a 30 de outubro de 2017.
- Commission on Public Private Partnerships (2001). *Building Better Partnerships: The Final Report of the Commission on Public Private Partnerships*. Londres: Institute for Public Policy Research.
- Congleton, R. (2018). Intellectual foundations of public choice, the forest from the trees. *Public Choice*, 175, 229-244. doi:10.1007/s11127-018-0545-1.
-

-
- Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1998). *Recomendações para uma Reforma Estrutural*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Cooper, W., Seiford, L., & Tone, K. (2007). *Data envelopment analysis: a comprehensive text with models, applications, references and dea-solver software* (2nd edition). Londres: Springer.
- Cooper, W., Seiford, L., & Zhu, J. (2004). *Handbook on data envelopment analysis*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Cooper, W., & Tone, K. (1997). Measures of inefficiency in data envelopment analysis and stochastic frontier estimation. *European Journal of Operational Research*, 99(1), 72-88. doi:10.1016/s0377-2217(96)00384-0.
- Cope, G. (1997). Bureaucratic reform and issues of political responsiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 7(3), 461-71. doi: 10.2307/1181605.
- Cordeiro, S. (2008). *Estruturas organizacionais emergentes de parcerias público-privadas*. Tese de Doutoramento apresentada à Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.
- Coutinho, C. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2^a edição). Coimbra: Almedina.
- Czypionka, T., Kraus, M., Mayer, S., & Röhring, G. (2014). Efficiency, ownership, and financing of hospitals: the case of Austria. *Health Care Management Science*, 17, 331-347. doi:10.1007/s10729-013-9256-9.
- Chang, S., Hsiao, H., Huang, L., & Chang, H. (2011). Taiwan quality indicator project and hospital productivity growth. *Omega*, 39, 14-22. doi:10.1016/j.omega.2010.01.006.
- Charnes, A., Cooper, W. W., & Rhodes, E. (1979). Measuring the efficiency of decision-making units. *European Journal of Operational Research*, 2, 429-444. doi:10.1016/0377-2217(79)90229-7.
- Cheng, Z., Tao, H., Cai, M., Lin, H., Lin, X., Shu, Q., & Zhang, R. (2015) Technical efficiency and productivity of Chinese county hospitals: an exploratory study in Henan province, China. *BMJ Open* 5(9), e007267. doi:10.1136/bmjopen-2014-007267.
- Chowdhury, H., Zelenyuk, V., Laporte, A., & Wodchis, W. (2014). Analysis of productivity, efficiency and technological changes in hospital services in Ontario: How does case-mix matter? *International Journal of Production Economics*, 150, 74-82. doi:10.1016/j.ijpe.2013.12.003.
- Christensen, T. (2012). Organization and Public Administration. In Peters, G., & Pierre, J. (Eds.). *The SAGE Handbook of Public Administration* (2nd edition) (pp.149-157). Londres: SAGE Publications Ltd.
- Debert, G. (2003). Poder e ética na pesquisa social. *Ciência e Cultura*, 3, 30-32.
- Denhardt, J., & Denhardt, R. (2007). *New Public Service: serving, not steering*. Londres: M.E.Sharpe.
- Department of Health (2008). *High Quality Care for All: NHS next stage review final report*. Obtido de: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/228836/7432.pdf, consultado a 30 de dezembro de 2017.
- Dexter, F., O'Neill, L., Xin, L., & Ledolter, J. (2008) Sensitivity of super-efficient data envelopment analysis results to individual decision-making units: an example of surgical workload by specialty. *Health Care Management Science*, 11(4), 307-318. doi:10.1007/s10729-008-9055-x.
-

DGTF - Direção-Geral do Tesouro e Finanças (2012). *Parcerias Público-Privadas e Concessões – Relatório de 2012*. Lisboa: Ministério das Finanças.

Dismuke, C., & Sena, V. (1999). Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods. *Health care management science*, 2(2), 107-116. doi: 10.1023/A:1019027509833.

Dixit, A. (1998). *The making of economic policy: a transaction-cost politics perspective*. Londres: MIT press.

Doig, A. (1997). The privatization of the property services agency: risk and vulnerability in contract-related fraud and corruption. *Public Policy and Administration*, 12(3), 6-27. doi:10.1177/095207679701200302.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 43-1748. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

Donahue, J. & Zeckhauser, R. (2006). Public-Private Collaboration. In Moran, M., Rein, M. & Goodin, R. (Eds.). *The Oxford Handbook of Public Policy* (pp. 496-525). Oxford: University Press.

Dowding, K. (2010). Rational Choice Theory. In Bevir, M. (Ed.), *The Handbook of Governance* (pp.36-50). London: SAGE Publications Ltd.

Doyle, J., & Green, R. (1994). Efficiency and cross-efficiency in DEA: derivations, meanings and uses. *Journal of the Operational Research Society*, 45(5), 567-578. doi:10.2307/2584392.

Dudkin, G., & Väilä, T. (2006). Transaction costs in public-private partnerships: A first look at the evidence. *Competition and Regulation in Network Industries*, 1(2), 307-330. doi:10.1177/178359170600100209.

Dunleavy, P. (1991). *Democracy, Bureaucracy and Public Choice: economic explanations in Political Science*. New York: Routledge.

Dunleavy, P., & Hood, C. (1994). From Old Public Administration to New Public Management. *Public Money and Management*, 14, 9-16. doi:10.1080/09540969409387823.

Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., & Tinkler, J. (2005). New public management is dead - long live digital-era governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3), 467-494. doi:10.1093/jopart/mui057.

Emrouznejad, A., & Yang, G. (2018). A survey and analysis of the first 40 years of scholarly literature in DEA: 1978-2016. *Socio-Economic Planning Sciences*, 61, 4-8. doi:10.1016/j.seps.2017.01.008.

Equipa de Projeto (2016). *Hospital de Cascais: Relatório Intercalar*. Obtido de: http://www.utap.pt/Publicacoes_utap/Hospital%20de%20Cascais%20-%20Relatorio%20intercalar%20-%20Anexos%20-%20Outubro2016.pdf, consultado em março de 2017.

ERS - Entidade Reguladora da Saúde (2016). *Estudo de avaliação das parcerias público-privadas na saúde*. Obtido de: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1841/ERS_-_Estudo_PPP.pdf, consultado em janeiro de 2017.

Espinosa, E. (2015). El nuevo institucionalismo: ¿hacia um novo paradigma?/The new institutionalism: toward a new paradigm?. *Estudios politicos (México)*, 34, 117-137. doi: 10.1016/j.espol.2014.11.001.

-
- Esposito, P., & Canton, AD. (2014). Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: general methodology and applications in nephrology. *World Journal of Nephrology*, 3(4), 249-255. doi:10.5527/wjn.v3.i4.249.
- Fang, H., Lee, H., Hwang, S., & Chung, C. (2013). A slacks-based measure of super-efficiency in data envelopment analysis: an alternative approach. *Omega*, 41, 731-734. doi:10.1016/j.omega.2012.10.004.
- Farantos, G., & Koutsoukis, N. (2016). Efficiency Study of Greek Health Units of the Public Sector using Data Envelopment Analysis Method, before and during the start of the Economic Crisis. *International Journal of Business and Economic Sciences Applied Research*, 9(2), 19-31.
- Farrell, M. (1957). The measurement of productive efficiency. *Journal of Statistics and Social Series*, 120, 253-281. doi: 10.2307/2343100.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford: University Press.
- Fernandes, A. (2008). *Assessing hospital efficiency: non-parametric evidence for portugal.school of economics and management*. Department of Economics. Working Paper 07/2008/DE/UECE. Lisboa: Universidade Técnica.
- Fernandes, A.C. (2015). *A Combinação Público-Privado em Saúde: Impacto no desempenho do sistema e nos resultados em saúde no contexto português*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.
- Ferrari, A. (2006). Market oriented reforms of health services: A non-parametric analysis. *The Service Industries Journal*, 26(1), 1-13. doi:10.1080/02642060500358720.
- Ferreira, D., Marques, R., & Nunes, A. (2018). Economies of scope in the health sector: The case of Portuguese hospitals. *European Journal of Operational Research*, 266, 716-735. doi:10.1016/j.ejor.2017.09.044.
- Ferreira, D., Marques, R., Nunes, A., & Figueira, J. (2017). Patients' satisfaction: The medical appointments valence in Portuguese public hospitals. *Omega*, 80, 58-76. doi:10.1016/j.omega.2017.08.009.
- Ferrier, G. & Valdamis, V. (2004). Do mergers improve hospital productivity?. *Journal of the Operational Research Society*, 55(10), 1071-1080. doi:10.1057/palgrave.jors.2601738.
- Firmino, S. (2014). *Parcerias público-privadas em Portugal: accountability, modelos e motivações subjacentes*. Tese de Doutoramento apresentada à Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.
- Flottorp, S., Jamtvedt, G., Gibis, B., & McKee, M. (2010). *Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care*. Policy summary prepared for the Belgian EU Presidency Conference on Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration (La Hulpe, 9–10 September 2010). Obtido de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/124419/e94296.pdf, consultado em 02 de janeiro de 2019.
- Flynn, N. (1993). *Public setor management*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Flynn, N. (2000). Managerialism and Public Services: some international trends. In Clarke, J., Gewirtz, S., & McLaughlin, E. (Editors). *New managerialism, new welfare* (pp.27-45). Londres: Open University Press.
-

-
- Flynn, N. (2002). Explaining new public management: the importance of context. In McLaughlin, K., Osborne, S., & Ferlie, E. (Editors). *New Public Management: Current Trends and Future Prospects* (pp.57-76). Londres: Routledge.
- FMI - Fundo Monetário Internacional (2004). *Public-Private Partnerships Prepared by the Fiscal Affairs Department (in consultation with other departments, the World Bank, and the Inter-American Development Bank)*. Obtido de: <https://www.imf.org/external/np/fad/2004/pifp/eng/031204.pdf>, consultado em 15 de março de 2017.
- Forrer, J., Kee, J., Newcomer, K. & Boyer, E. (2010). Public-Private Partnerships and the Public Accountability Question. *Public Administration Review*, 70(3), 475-484.. doi:10.1111/j.1540-6210.2010.02161.x.
- Forsund, F. (2018). Economic interpretations of DEA. *Socio-Economic Planning Sciences*, 61, 9-15. doi.org/10.1016/j.seps.2017.03.004.
- Franco, M., & Haase, H. (2009). Failure factors in small and medium-sized enterprises: qualitative study from an attributional perspective. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 6(4), 503–521. doi:10.1007/s11365-009-0124-5.
- Frederickson, H., Smith, L., Larimer, C., & Licari, M. (2012). *The Public Administration theory primer* (2nd edition). Estados Unidos: Westview Press.
- Fry, B. & Nigro, L. (1996). Max Weber and US public administration: the administrator as neutral servant. *Journal of Management History*, 2 (1), 37-46. doi:10.1108/13552529610105654.
- Gannon, B. (2005) Testing for variation in technical efficiency of hospitals in Ireland. *Economic and Social Review*, 36(3), 273–294.
- Gerdtham, U., Löthgren, M., Tambour, M., & Rehnberg, C. (1999). Internal markets and health care efficiency: a multiple output stochastic frontier analysis. *Health Economics*, 8(2), 151-164. doi:10.1002/(sici)1099-1050(199903)8:2<151::aid-hec411>3.0.co;2-q.
- Gerth, H., & Mills, C. (2009). *From Max Weber: essays in sociology*. Oxford: University Press.
- Ghobadian, A., O'Regan, N., Galleary, D., & Viney, H. (2004). PPP: the instrument for transforming the public services. In: Ghobadian, A., O'Regan, N., Galleary, D., & Viney, H. (Eds). *Public-private partnership: policy and experience* (pp.1-12). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Gholami, R., Higón, D., & Emrouznejad, A. (2015). Hospital performance: Efficiency or quality? Can we have both with IT? *Expert Systems with Applications*, 42(12), 5390–5400. doi:10.1016/j.eswa.2014.12.019.
- Gok, M., & Altındağ, E. (2014). Analysis of the cost and efficiency relationship: experience in the Turkish pay for performance system. *The European Journal of Health Economics*, 16(5), 459–469. doi:10.1007/s10198-014-0584-6.
- Gok, M., & Sezen, B. (2013). Analyzing the ambiguous relationship between efficiency, quality and patient satisfaction in healthcare services: the case of public hospitals in Turkey. *Health Policy*, 111(3), 290-300. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.05.010.
- Grimsey, D., & Lewis, M. (2004). The Governance of Contractual Relationships in Public-Private Partnerships. *The Journal of Corporate Citizenship*, 15, 91-109.
- Grimsey, D., & Lewis, M. (2005). Are Public Private Partnerships value for money?: Evaluating alternative approaches and comparing academic and practitioner views. *Accounting Forum*, 29(4), 345-378.
-

-
- Grimsey, D., & Lewis, M. (2007a). Public private partnerships and public procurement. *Agenda. Journal of Policy Analysis and Reform*, 14(2), 171-188.
- Grimsey, D., & Lewis, M. (2007b). *Public private partnerships: The worldwide revolution in infrastructure provision and project finance*. Estados Unidos: Edward Elgar Publishing.
- Guasch, J. (2004). *Granting and renegotiating infra-structure concessions: doing it right*. Washington, D.C.: World Bank Institute.
- Guasch, L., Laffont, J., & Straub, S. (2008). Renegotiation of concession contracts in Latin America: evidence from the water and transport sectors. *International Journal of Industrial Organization*, 26(2), 421-442.
- Hajjialiafzali, H., Moss, J., & Mahmood, M. (2007). Efficiency Measurement for Hospitals Owned by the Iranian Social Security Organisation. *Journal of Medical Systems*, 31(3), 166–172. doi:10.1007/s10916-007-9051-6.
- Hall, K. (2005). Science, Globalization, and Educational Governance: The Political Rationalities of the New Managerialism. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 12(1), 153-182. doi:10.2979/gls.2005.12.1.153.
- Hall, P., & Taylor, R. (1996). Political Science and the Three New Institutionalisms. *Political Studies*, 44(5), 936–957. doi:10.1111/j.1467-9248.1996.tb00343.x.
- Ham, H., & Koppenjan, J. (2001). Building public-private partnerships: Assessing and managing risks in port development. *Public Management Review*, 3(4), 593-616. doi:10.1080/14616670110070622.
- Hammes, D., & Wills, D. (2005). Black gold: the end of bretton woods and the oil-price shocks of the 1970s. *The Independent Review*, IX (4), 501–510.
- Harfouche, A. (2010). *Opções Políticas em Saúde. Efeitos sobre a Eficiência Hospitalar*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.
- Harris, J., Hunter, J., & Lewis, C. (1995). Development and significance of NIE. In Harris, J., Hunter, J., & Lewis, C. (Eds.), *The Institutional Economis and Third World Development* (pp.1-13). London: Routledge.
- Hayllar, M., & Wettenhall, R. (2010). Public-Private Partnerships: promises, politics and pitfalls. *Australian Journal of Public Administration*, 69, 1-7. doi:10.1111/j.1467-8500.2009.00657.x.
- Helton, J., & Langabeer, J. (2012). Longitudinal changes in the operating efficiency of public safety-net hospitals. *Journal of healthcare management*, 57(3), 214–226. doi: 10.1097/00115514-201205000-00012.
- Hendriks, F. (1999). *Public Policy and Political Institutions: The Role of Culture in Traffic Policy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- HM Treasury (2006). Value for money. Assessement Guidance. Obtido de: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130123214702/http://www.hm-treasury.gov.uk/d/vfm_assessmentguidance061006opt.pdf, consultado em 30 de março de 2017.
- Hodge, G., & Greve, C. (2005). *The Challenge of Public-Private Partnerships*. Estados Unidos: Edward Elgar Publishing.
- Hodge, G., & Greve, C. (2007). Public–private partnerships: an international performance review. *Public Administration Review*, 67(3), 545-558. doi:10.1111/j.1540-6210.2007.00736.x.
-

-
- Hodge, G., & Greve, C. (2009). PPPs: The passage of time permits a sober reflection. *Economic Affairs*, 29(1), 33–39. doi:10.1111/j.1468-0270.2009.01864.x.
- Hodge, G., & Greve, C. (2010). Public-Private Partnerships: Governance Scheme or Language Game?. *Australian Journal of Public Administration*, 69(s1), S8-S22. doi:10.1111/j.1467-8500.2009.00659.x.
- Hodgson, G. (1989). Institutional economic theory: the old versus the new. *Review of Political*, 1(3), 249–269. doi:10.1080/09538258900000021.
- Hodgson, G. (2004). *The evolution of Institutional Economics: agency, structure and darwinism in American Intuitionism*. London: Routledge.
- Holcombe, R. (2016). *Advanced Introduction to Public Choice*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Hollingsworth, B. (2003). Non-parametric and parametric applications measuring efficiency in health care. *Health Care Management Science*, 6(4), 203-218. doi:10.1023/a:1026255523228.
- Hollingsworth, B. (2016). Health system efficiency: measurement and policy. In Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. (Eds.), *Health system efficiency How to make measurement matter for policy and management* (pp.99-113). London: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public Administration*, 69, 3-19.
- Hood, C. (1995). The new public management in the 1980's: variations on a theme. *Accounting, Organization and Society*, 20(2/3), 93-109. doi:10.1016/0361-3682(93)e0001-w.
- Hood, C., & Peters, G. (2004). The middle aging of new public management: into the age of paradox? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14(3), 267-282. doi: 10.1093/jopart/muhO19.
- Huerta, T., Thompson, M., Ford, E., & Ford, W. (2013). Implementing electronic lab order entry management in hospitals: Incremental strategies lead to better productivity outcomes. *International Journal of Information Management*, 33(1), 40–47. doi:10.1016/j.ijinfomgt.2012.05.008.
- Hughes, O. (2003). *Public management and administration: an introduction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2015). *Metainformação estatística*. Obtido de: <http://smi.ine.pt/>, consultado a 30 de março de 2016.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2018). *Conta Satélite da Saúde*. Obtido de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=314608243&DESTAQUESmodo=2, consultado a 19 de outubro de 2018.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2019a). *Conceito de Hospital*, aprovado pela 49ª Deliberação da Secção Permanente de Coordenação Estatística do Conselho Superior de Estatística. Obtido de: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/8494>, consultado a 30 de outubro de 2018.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2019a). *Conceito de Centro Hospitalar*, aprovado pela 49ª Deliberação da Secção Permanente de Coordenação Estatística do Conselho Superior de Estatística. Obtido de: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/8433>, consultado a 30 de outubro de 2018.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2019c). *Conceito de Unidade Local de Saúde*, aprovado pela 49ª Deliberação da Secção Permanente de Coordenação Estatística do
-

Conselho Superior de Estatística. Obtido de: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/8582>, consultado a 30 de outubro de 2018.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2019d). *Conceito de Internamento*, aprovado pela 49ª Deliberação da Secção Permanente de Coordenação Estatística do Conselho Superior de Estatística. Obtido de: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/8501>, consultado a 30 de outubro de 2019.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2019e). *Conceito de Cirurgia*, aprovado pela 49ª Deliberação da Secção Permanente de Coordenação Estatística do Conselho Superior de Estatística. Obtido de: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/8436>, consultado a 30 de outubro de 2019.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2019f). *Conceito de Consulta Externa*, aprovado pela 601ª Deliberação do Conselho Superior de Estatística. Obtido de: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/3223>, consultado a 30 de outubro de 2019.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2019g). *Conceito de Serviço de Urgência*, aprovado pela 49ª Deliberação da Secção Permanente de Coordenação Estatística do Conselho Superior de Estatística. Obtido de: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/8547>, consultado a 30 de outubro de 2019.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2019h). *Conceito de Hospital de Dia*, aprovado pela 49ª Deliberação da Secção Permanente de Coordenação Estatística do Conselho Superior de Estatística. Obtido de: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/8495>, consultado a 30 de outubro de 2019.

International Transport Forum (2017). *Public-Private Partnerships for transport infrastructure: renegotiation and economic outcomes*. Paris: OCDE Publishing.

Jacobs, R., Smith, P., & Street, A. (2006). *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. Cambridge: University Press.

Jia, T., & Yuan, H. (2017). The application of DEA (Data Envelopment Analysis) window analysis in the assessment of influence on operational efficiencies after the establishment of branched hospitals. *BMC Health Services Research*, 17(1), 265-273. doi:10.1186/s12913-017-2203-6.

Katharaki, M. (2008). Approaching the management of hospital units with an operation research technique: the case of 32 Greek obstetric and gynaecology public units. *Health Policy*, 85(1), 19-31. doi:10.1016/j.healthpol.2007.06.001.

Kengil, B., Gökmen, N., & Tozan, H. (2010). Efficiency measures in the health services with DEA: an overview. *Journal of Naval Science and Engineering*, 6(1), 1-14. doi: 10.11591/ijphs.v3i2.6091.

Kettl, D. (2005). *The global public management revolution* (2nd edition). Washington: Brookings institution.

Khani, F., Naderi, H., Zangeneh, M., & Fazeli, E. (2012) Measuring the relative efficiency of Ilam hospitals using data envelopment analysis. *Management Science Letters*, 2(4), 1189–1194. doi: 10.5267/j.msl.2012.03.002.

Khushalani, J., & Ozcan, Y. (2017). Are hospitals producing quality care efficiently? An analysis using Dynamic Network Data Envelopment Analysis (DEA). *Socio-Economic Planning Sciences*, 60, 15-23. doi:10.1016/j.seps.2017.01.009.

Kirigia, J. M., Emrouznejad, A., Cassoma, B., Asbu, E. Z., & Barry, S. (2008). A performance assessment method for hospitals: the case of municipal hospitals in Angola. *Journal of Medical Systems*, 32(6), 509–519. doi:10.1007/s10916-008-9157-5.

-
- Kleiman, M., & Teles, S. (2006). Market and Non-Market Failures. In Moran, M., Rein, M. & Goodin, R. (Eds.). *The Oxford Handbook of Public Policy* (pp. 624-650). Oxford: University Press.
- Klijn, E. (2010). Trust in governance networks: looking for conditions for innovate solutions and outcomes. In Osborne, S. (Ed.), *The New Public Governance: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance* (pp. 303-321). New York: Routledge.
- Klijn, E., & Teisman, G. (2003). Institutional and strategic barriers to public—private partnership: An analysis of Dutch cases. *Public money and Management*, 23(3), 137-146. doi:10.1111/1467-9302.00361.
- Koppenjan, J. (2005) The formation of Public–Private Partnerships. Lessons from nine transport infrastructure projects in the Netherlands. *Public Administration*, 83(1), 135–57. doi: 10.1111/j.0033-3298.2005.00441.x.
- Kudzey, C. (2018). Impact of health care employees job satisfaction on organizational performance support vector machine approach. *Journal of Economics and Financial Analysis*, 2 (1), 45-68. 10.1991/jefa.v2i1.a12.
- Lane, J. (2000). *The Public Sector: Concepts, Models and Approaches* (3rd edition). Londres: SAGE Publications.
- Lane, J., & Ersson, S. (2000). *The New Institutional Politics: Performance and outcomes*. London: Routledge.
- Lecours, A. (2005). New Institutionalism: Issues and Questions. In Lecours, A. (Ed.). *New Institutionalism: Theory and Analysis* (pp.3-26). Toronto: University of Toronto Press.
- Lee, H., & Kim, C. (2014). Benchmarking of service quality with data envelopment analysis. *Expert Systems with Applications*, 41(8), 3761–3768. doi:10.1016/j.eswa.2013.12.008.
- Lemieux, P. (2015). The State and Public Choice. *The Independent Review*, 20(1), 23-31.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action*. *Observatory Studies Series n.12*. Copenhagen: World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Levy, R. (2010). New public management: end of an era? *Public Policy and Administration*, 25(2), 234-240. doi: 10.1177/0952076709357152.
- Limb, C., Fowler, A., Gundogan, B., Koshy, K., & Agha, R. (2017). How to conduct a clinical audit and quality improvement project. *International Journal of Surgery Oncology* (2017), 2, e24. doi: 10.1097/IJ9.0000000000000024.
- Lindlbauer, I., Winter, V., & Schreyögg, J. (2016). Antecedents and consequences of corporatization: an empirical analysis of german public hospitals. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 26(2), 309–326. doi:10.1093/jopart/muv016.
- Liu, T., Wang, Y., & Wilkinson, S. (2016). Identifying critical factors affecting the effectiveness and efficiency of tendering processes in Public–Private Partnerships (PPPs): a comparative analysis of Australia and China. *International Journal of Project Management*, 34(4), 701-716. doi:10.1016/j.ijproman.2016.01.004.
- Lobo, M., Ozcan, Y., Lins, M., Silva, A., & Fiszman, R. (2014). Teaching hospitals in Brazil: findings on determinants for efficiency. *International Journal of Healthcare Management*, 7(1), 60-68. doi:10.1179/2047971913y.00000000055.
- Loû, A. (2012). *Value for Money evaluation in PPPs: difficulties and developments*. Estocolmo: KTH Architecture and the Built Environment.
-

-
- Lynn, L. (2003). Public Management. In Peters, B. & Pierre, J. (Eds.). *Handbook of Public Administration* (pp. 13-24). London: Sage Publications Ltd.
- Lynn, L., Heinrich, C., & Hill, C. (2000). Studying governance and public management: Challenges and prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 233-262. doi:10.1093/oxfordjournals.jpart.a024269.
- Lynn, L., Heinrich, C. & Hill, C. (2001). *Improving Governance: A new logic for empirical research*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Madureira, C. (2015). A reforma da Administração Pública Central no Portugal democrático: do período pós-revolucionário à intervenção da troika. *Revista Brasileira de Administração Pública*, 49(3), 547-562. doi:10.1590/0034-7612129503.
- Mahate, A., & Hamidi, S. (2015). Frontier efficiency of hospitals in United Arab Emirates: An application of data envelopment analysis. *Journal of Hospital Administration*, 5(1), 7-18. doi:10.5430/jha.v5n1p7.
- Mahate, A., Hamidi, S., & Akinci, F. (2016) Measuring the effect of size on technical efficiency of the United Arab Emirates hospitals. *Global Journal of Health Science*, 9(3), 116-127. doi:10.5539/gjhs.v9n3p116.
- Majone, G. (1997). From the positive to the regulatory state: Causes and consequences of change in the mode of governance. *Journal of Public Policy*, 17(2), 139-167. doi:10.1017/s0143814x00003524.
- Major, M., & Magalhães, A. (2014). Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração*, 49(3), 476-490.
- Manning, N., (2001). The legacy of the new public management in developing countries. *International Review of Administrative Sciences*, 67, 297-312. doi:10.1177/0020852301672009.
- March, J., & Olsen, J. (1989). *Rediscovering Institutions*. Estados Unidos: Free Press.
- March, J., & Olsen, J. (2006). Economic Institutions. In Rhodes, R., Binder, S. & Rockman, B. (Eds.), *The Oxford Handbook of Political Institutions* (p.3). Oxford: University Press.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª edição). Pêro Pinheiro: Report Numbers.
- Marques, R., & Silva, D. (2008). As parcerias público-privadas em Portugal. Lições e recomendações. *Revista de Estudos Politécnicos*, 6(10), 33-50.
- Martins, G. (2014). 2º prefácio. In Nunes, R., *Regulação da saúde* (3ª ed.) (pp.19-26). Porto: Vida Económica.
- McQuaid, R., & Scherrer, W. (2010). Changing reasons for public-private partnerships (PPPs). *Public Money & Management*, 30(1), 27-34. doi:10.1080/09540960903492331.
- Milward, H. & Provan, K. (2000). Governing the Hollow State. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 359-380. doi: 10.1093/oxfordjournals.jpart.a024273.
- Milward, H., Provan, K., & Else, B. (1993). What does the hollow state look like? In B. Bozeman (Ed.). *Public management theory: The state of the art* (pp. 309-323). São Francisco: Jossey Bass.
- Ministério da Saúde (1997). *Relatório Final - Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mintzberg H. (1979). *The structuring of organisations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
-

-
- Mintzberg, H. (2012). Managing the myths of health care. *World Hospitals and Health Services*, 48(3), 4-7.
- Monteiro, H. (2010). *A adopção da eHealth nos Hospitais Públicos em Portugal 1996-2007*. Dissertação de Doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.
- Morales, F., Wittek, R., & Heyse, L. (2012). After the reform: change in dutch public and private organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 23(3), 735-754. doi:10.1093/jopart/mus006.
- Moran, M. (2006). Economic Institutions. In Rhodes, R., Binder, S. & Rockman, B. (Eds.), *The Oxford of Political Institutions* (pp.144-162). Oxford: Oxford University Press.
- Moreira, S. (2008). Análise da eficiência dos hospitais-empresa: uma aplicação da data envelopment analysis. *Boletim Económico - Banco de Portugal*, (Primavera), 127-150.
- Moreno, C. (2010). *Como o Estado gasta o nosso dinheiro*. Lisboa: Caderno.
- Morita, H., Hirokawa, K., & Zhu, J. (2005). A slack-based measure of efficiency in context-dependent data envelopment analysis. *Omega*, 33(4), 357-362. doi:10.1016/j.omega.2004.06.001.
- Morgan, D. (1993). Qualitative content analysis: a guide to paths not taken. *Qualitative Health Research*, 3(1), 112-121. doi:10.1177/104973239300300107.
- Mozzicafreddo, J. (2002). Responsabilidade e cidadania na administração pública. *Sociologia Problemas e Práticas*, 40, 1-24.
- Mozzicafreddo, J. (2008). Interesse público, Estado e reorganização das funções da administração. In Pinto, J., & Pereira, V. (Eds). *Desigualdades, desregulação e riscos nas sociedades contemporâneas* (pp. 51-68). Porto: Edições Afrontamento.
- Mueller, D. (1997). Public choice in perspective. In Mueller, D. (Ed.). *Perspectives on public choice: a handbook* (pp. 1-20). Cambridge: University Press.
- Mueller, D. (2003). *Public Choice III*. Cambridge: University Press.
- Mueller, D. (2004). Public choice: an introduction. In Rowley, C., & Schneider, F. (Ed). *The encyclopedia of public choice* (pp. 32-48). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Mueller, D. (2015). Public choice, social choice, and political economy. *Public Choice*, 163, 379-387. doi: 10.1007/s11127-015-0244-0.
- Mujasi, P., & Kirigia, J. (2016). Productivity and efficiency changes in referral hospitals in Uganda: an application of malmquist total productivity index. *Health Systems and Policy Research*, 3(1), 1-12.
- Navarro-Espinare, J., & Torres, E. (2011). Efficiency and quality in health services: a crucial link. *The Service Industries Journal*, 31(3), 385-403. doi: 10.1080/02642060802712798.
- Nayar, P., & Ozcan, Y. (2008). Data envelopment analysis comparison of hospital efficiency and quality. *Journal of Medical Systems*, 32(3), 193-199. doi: 10.1007/s10916-007-9122-8.
- Nedelea, I., & Fannin, J. (2017). Testing for cost efficiency differences between two groups of rural hospitals. *International Journal of Healthcare Management*, 10(1), 57-65. doi:10.1080/20479700.2016.1259146.
- Newman, J. (2000). Beyond the New Public Management? Modernizing Public Services. In Clarke, J., Gewirtz, S., & McLaughlin, E. (Editors). *New managerialism, new welfare* (pp.45-62). Londres: Open University Press.
-

-
- NICE - National Institute for Clinical Excellence (2002). *Principles for best practice in clinical audit*. Abingdon, Radcliffe: Medical Press.
- Nikic, D., Arandjelovic, M., Nikolic, M., & Stankovic, A. (2008). Job satisfaction in health care workers. *Acta Medica Medianae*, 47(4), 9-12.
- North, D. (1991). Institutions. *Journal of Economic Perspective*, 5(1) 97-112.
- North, D. (1992). Institutions and economic theory. *The American Economist*, 36(1), 3-6.
- North, D. (1995). The New Institutional Economics and Third World Development. In Harris, J., Hunter, J., & Lewis, C. (Eds.), *The Institutional Economics and Third World Development* (pp.17-25). London: Routledge.
- North, D. (2008). Institutions and the Performance of Economies over Time. In Ménard, C., & Shirley, M. (Eds.). *Handbook of New Institutional Economics* (pp.21-31). Berlin: Springer.
- North, D. (2014). Institutions and Economic Growth: a historical introduction. In Frieden, J. & Lake, D. (Eds.). *International Political Economy: Perspectives on Global Power and Wealth* (4ª edição) (pp. 47-59). London: Routledge.
- Nowell, G. (2009). Public vs private managers: a new perspective. *Journal of Business & Economics Research*, 7(3), 1-5. doi: 10.19030/jber.v7i3.2264.
- Nunes, A. (2016). *Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.
- Nunes, A., & Ferreira, D. (2018). The health care reform in Portugal: outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(3), 1-20. doi:10.1002/hpm.2613.
- Nunes, A. & Matos, A. (2017). Experiências de Gestão Hospitalar Realizadas em Portugal - Uma Perspectiva Comparada. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, 8, 2, p 284-301. doi: 10.18673/gs.v8i2.24601.
- Nunes, A. & Matos, A. (2018). Recentes estratégias na contratualização de cuidados de saúde centrada no utente e nos resultados: O foco no acesso, eficiência e qualidade. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, 24, 32-39.
- Nunes, R. (2014). *Regulação da saúde* (3ª edição). Porto: Vida Económica.
- Nunes, R., & Rego, G. (2010). *Gestão da saúde*. Lisboa: Prata e Rodrigues.
- O'Neill, L., Rauner, M., Heidenberger, K., & Kraus, M. (2008). A cross-national comparison and taxonomy of DEA-based hospital efficiency studies. *Socio-Economic Planning Sciences*, 42(3), 158-189. doi:10.1016/j.seps.2007.03.001.
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (1998). *Economic Surveys: Portugal*. Paris: OCDE.
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2008). *Public-Private Partnerships: Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*. Paris: OCDE Publications.
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2012). *Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships*. Paris: OCDE Publications.
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2017). *Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality*. Paris: OCDE Publications.
-

-
- Oliveira, M., & Pinto, C. (2005). Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Economics*, 14, S203-S220. doi:10.1002/hec.1037.
- Olsen, J. (2005). Maybe it is time to rediscover bureaucracy. *Journal of public administration research and theory*, 16(1), 1-24. doi:10.1093/jopart/mui027.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *10 anos de OPSS, 30 anos de SNS: razões para continuar. Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS.
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*. Copenhagen: OMS, Regional Office for Europe.
- Osborne, S. (2000). *Public-private partnerships: theory and practice in international perspective*. Londres: Routledge.
- Osborne, S. (2006). The new public governance. *Public Management Review*, 8, 377-387. doi: 10.1080/14719030600853022.
- Osborne, S. (2010). The (New) Public Governance: a suitable case for treatment?. In Osborne, S. (Ed.), *The New Public Governance: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance* (pp. 1-16). New York: Routledge.
- Osborne, D., & Plastrik, P. (1997). *Banishing bureaucracy: the five strategies for reinventing government*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Ozcan, Y. (2008). *Health care benchmarking and performance evaluation. An assessment using data envelopment analysis (DEA)*. New York: Springer.
- Ozcan, Y. (2017). *Analytics and decision support in health care operations management* (3rd edition). San Francisco: Jossey-Bass.
- Ozcan, Y., & Khushalani, J. (2017). Assessing efficiency of public health and medical care provision in OECD countries after a decade of reform. *Central European Journal of Operations Research*, 25(2), p. 325-343.
- Ozcan, Y., & Luke, R. (1993). A national study of the efficiency of hospitals in urban markets. *Health Services Research*, 27(6), 719.
- Ozcan, Y., Luke, R., & Haksever C. (1992). Ownership and organizational performance. A comparison of technical efficiency across hospital types. *Medical Care*, 30, 781-94.
- Ozcan, Y., McCue, M., & Okasha, A. (1996). Measuring the technical efficiency of psychiatric hospitals. *Journal of Medical Systems*, 20(3), 141-150. doi:10.1007/bf02281992.
- Page, S. (2005). What's New about the New Public Management? Administrative Change in the Human Services. *Public Administration Review*, 65(6), 713-727. doi:10.1111/j.1540-6210.2005.00500.x
- Patton, M. (2015). *Qualitative research and evaluation methods* (4th edition). Estados Unidos: SAGE Publications.
- Pereira, C. (2014). *Fatores determinantes nas parcerias público-privadas: a aplicação prática em investimentos de âmbito municipal*. Tese de Doutoramento apresentada ao ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- Pereira, J. (2004). *Economia da saúde: glossário de termos e conceitos* (4^a edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Pereira, P. (1997). A teoria da escolha pública (public choice): uma abordagem neoliberal?. *Análise Social*, 419-442.
-

-
- Peters, B. (1996). *The future of governing*. Lawrence: University Press of Kansas.
- Peters, B. (2001). *The Future of Governing* (2nd edition). Kansas: University Press of Kansas.
- Peters, B. (2010). Institutional Theory. In Bevir, M. (Ed.), *The Handbook of Governance* (pp.78-90). London: SAGE Publications Ltd.
- Peters, B. (2012). *Institutional Theory in Political Science: The New Institutionalism* (3rd edition). London: Routledge.
- Peters, B., & Pierre, J. (1998). Governance without government? Rethinking public administration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8(2), 223-243. doi:10.1093/oxfordjournals.jpart.a024379.
- Phua, K., Ling, S. & Phua, K. (2014). Public-private partnerships in health in malaysia: lessons for policy implementation. *International Journal of Public Administration*, 37, 506-513. doi:10.1080/01900692.2013.865647.
- Pierre, M. (2001). Comment Herbert Simon a transformé l'économie. *Sociétal*, 3, 21-25.
- Pilyavsky, A., & Staat, M. (2006). Health care in the CIS countries. *European Journal of Health Economics*, 7(3), 185–191. doi: 10.1007/s10198-006-0351-4.
- Pinto-Faria, J. (2015). *A análise de risco em investimentos do tipo de parcerias público-privadas*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.
- Pitschas, R. (2001). As administrações públicas europeias e americana na atualidade e o modelo alemão. In Mozzicafreddo, J., & Gomes, J. (Eds.). *Administração e Política – Perspetivas de reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos* (pp.77-102). Oeiras: Celta Editora.
- Pollitt, C. (2003). *The essential public manager*. Maidenhead: Open University Press.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public management reform: a comparative analysis* (2nd edition). Oxford: University Press.
- Pollitt, C., Talbot, C., Caulfield, J. & Smullen, A. (2004). *Agencies: how governments do things through semi-autonomous organizations*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Powell, W., & DiMaggio, P. (1991). *Introduction*. In Powell, W., & DiMaggio, P. (Eds.). *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (pp.1-38). Chicago: University Press.
- Raab, J., Mannak, R., & Cambré, B. (2013). Combining Structure, Governance, and Context: A configurational Approach to Network Effectiveness. *Journal of Public Administration Research Theory*, 25(2), 479-511. doi:10.1093/jopart/mut039.
- Ramanathan, R. (2005). Operations assessment of hospitals in the Sultanate of Oman. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(1), 39–54. doi:10.1108/01443570510572231.
- Reed, M. (2005). Beyond the iron cage? Bureaucracy and democracy in the knowledge economy and society. In Gay, P. (Ed). *The values of Bureaucracy* (pp.115-141). Oxford: University Press.
- Rego, G. (2011). *Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da saúde*. Porto: Vida Económica.
- Ribeiro, A. (2009). *A liberdade de escolher*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, J. (2004). Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 65-77.
-

-
- Rocha, J. (2000). Modelos de gestão pública. *Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas*, 1, 6-16.
- Rocha, J. (2001). *As relações entre o poder político e os funcionários*. Comunicação nos Colóquios sobre o Estatuto dos Funcionários Municipais, junho de 2001. Obtido de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/2908>, consultado a 30 de abril de 2016.
- Rocha, J. (2007). *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública* (2ª edição). Lisboa: Escolar Editora.
- Roehrich, J., Lewis, M., & George, G. (2014). Are public-private partnerships a healthy option? a systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 113, 110-119. doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.037.
- Rosanvallon, P. (1995). *La crisis del estado providencia*. Madrid: Civitas.
- Rosenau, P. (1999). The strengths and weaknesses of public-private policy partnerships. *American Behavioral Scientist*, 43(1), 10-34. doi: 10.1177/0002764299043001002.
- Rosko, M. (1999). Impact of internal and external environmental pressures on hospital inefficiency. *Health Care Management Science*, 2(2), 63-74. doi: 10.1023/A:1019031610741.
- Ruckert, A., & Labonté, R. (2014). Public-private partnerships (PPPs) in global health: the good, the bad and the ugly. *Third World Quarterly*, 35(9), 1598-1614. doi:10.1080/01436597.2014.970870.
- Rutherford, M. (1996). *Institutions in economics: the old and the new institutionalism*. Cambridge: University Press.
- Sager, F., & Rosser, C. (2009). Weber, Wilson, and Hegel: theories of modern bureaucracy. *Public Administration Review*, 69(6), 1136-1147. doi: 10.2307/40469034.
- Sahin, I., Ozcan, Y., & Ozgen, H. (2011). Assessment of hospital efficiency under health transformation program in Turkey. *Central European Journal of Operations Research*, 19(1), 19-37. doi:10.1007/s10100-009-0121-3.
- Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª edição) México: McGraw-Hill Interamericana.
- Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, p. 29-56.
- Sarmiento, J. (2013). *Parcerias público-privadas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sarto, F., & Veronesi, G. (2016). Clinical leadership and hospital performance: assessing the evidence base. *BMC Health Services Research*, 16(S2), 86-109. doi:10.1186/s12913-016-1395-5.
- Savas, E. (2000). *Privatization and Public-Private Partnerships*. Nova York: Seven Bridges Press.
- Silva, M., Moretti, B., & Schuster, H. (2016). Avaliação da eficiência hospitalar por meio da análise envoltória de dados. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 5(2), 100-114.
- Simões, J.A. (2004). As parcerias público-privadas no setor da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 79-90.
- Simões, J. (2009). *Retrato político da saúde - dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Livraria Almedina.
-

-
- Simões, J. (2010). Iniciativa PPP na Saúde: aspectos de política, finanças e gestão. In Cabral, N., Amador, O. & Martins, G. (Eds.). *A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente?* (pp. 205-232). Coimbra: Almedina.
- Simões, J., & Dias, A. (2010). Políticas e Governação em Saúde. In Simões, J. (Coord.). *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado* (pp. 175-193). Coimbra: Almedina.
- Simões, J., Barros, P., Silva, S., Temido, M., & Valente, S. (2009). *Análise e parecer sobre o processo de criação e desenvolvimento das parcerias para a construção de hospitais em regime de financiamento privado e avaliação comparada do desempenho do Centro de Reabilitação do Sul, em São Brás de Alportel. Relatório final da Equipa de Análise Estratégica para o Acompanhamento Externo de Modelos de Gestão Hospitalar*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Simões, P., & Marques, R. (2011). Performance and congestion analysis of the Portuguese hospital services. *Central European Journal of Operations Research*, 19(1), 39-63. doi:10.1007/s10100-009-0122-2.
- Simon, H. (1997). *Administrative Behavior: a study of decision-making processes in administrative organizations* (4th edition). Nova York: The Free Press.
- Skelcher, C., & Mathur, N. (2004). *Governance arrangements and public service performance: reviewing and reformulating the research agenda*. *Advanced Institute of Management Research: Working Paper n.11*. Obtido de: http://poseidon01.ssrn.com/delivery.php?http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1306953, consultado a 17 de março de 2017.
- Smith, S., & Lipsky, M. (1993). *Nonprofits for hire: the welfare state in the age of contracting*. Harvard: University Press.
- Solà, M., & Prior, D. (2001). Measuring productivity and quality changes using data envelopment analysis: an application to Catalan hospitals. *Financial Accountability & Management*, 17(3), 219-245. doi:10.1111/1468-0408.00129.
- Sommersguter-Reichmann, M., & Stepan, A. (2015). The interplay between regulation and efficiency: evidence from the Austrian hospital inpatient sector. *Socio-Economic Planning Sciences*, 52, 10–21. doi: 10.1016/j.seps.2015.09.001.
- Sousa, A. (1990). *Introdução à Gestão. Uma abordagem sistémica*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Souza, A., Moreira, D., Avelar, E. Marques, A., & Lara, A. (2014). Data envelopment analysis of efficiency in hospital organisations. *International Journal of Business Innovation and Research*, 8(3), 316-332. doi:10.1504/ijbir.2014.060831.
- Spurgeon, P., Clark, J., & Ham, C. (2011). *Medical leadership: from the dark side to centre stage*. Londres: CRC Press.
- Standen, P., & Bruce, K. (2015). Original and new institutional economics: brethren rather than foes? lessons from the sociocognitive turn in “late” douglass north. *Journal Of Economic Issues*, 49(1), 111-125. doi:10.1080/00213624.2015.1013882.
- Steijn, B., Klijn, E., & Edelenbos, J. (2011). Public Private Partnerships: added value by organisational form or management? *Public Administration*, 89(4), 1235-1252.
- Stoker, G. (2004). Review essay: governing as governance by Jan Kooiman. *International Public Management Journal*, 7(3), 439-442.
-

-
- Sultan, W., & Crispim, J. (2016). Evaluating the Productive Efficiency of Jordanian Public Hospitals. *International Journal of Business and Management*, 12(1), 68-83. doi:10.5539/ijbm.v12n1p68.
- Teisman, G., & Klijn, E. (2002). Partnership Arrangements: Governmental Rhetoric or Governance Scheme? *Public Administration Review*, 62(2), 197-205. doi: 10.1111/0033-3352.00170.
- Terry, L. (2005). The thinning of administrative institutions in the hallow state. *Administration & Society*, 37(4), 426-444. doi:10.1177/0095399705277136 .
- Thoenig, J. (2003). Institutional Theories and Public Institutions: Traditions and Appropriateness. In Peters, B. & Pierre, J. (Eds.). *Hanbook of Public Administration* (pp.127-137). Londres: Sage Publications Lda.
- Tlotlego, N., Nonvignon, J., Sambo, L., Asbu, E., & Kirigia, J. (2010). Assessment of productivity of hospitals in Botswana: a DEA application. *International Archives of Medicine*, 3(1), 27-41. doi:10.1186/1755-7682-3-27.
- Tone, K. (2001). A slacks-based measure of efficiency in data envelopment analysis. *European Journal of Operational Research*, 130(3), 498-509. doi:10.1016/s0377-2217(99)00407-5.
- Torchia, M., Calabrò, A., & Morner, M. (2015). Public–private partnerships in the health care sector: A systematic review of the literature. *Public Management Review*, 17(2), 236-261. doi: 10.1080/14719037.2013.792380.
- Tribunal de Contas (2006). *Relatório global de avaliação do modelo de gestão dos hospitais do SEE. Período 2001-2004* (Relatório n.º 20/2006). Obtido de: https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2006/dgtc/audit-dgtc-rel020-2006-2s.pdf, consultado a 30 de março de 2017.
- Tribunal de Contas (2008). *Auditoria à gestão das parcerias público privadas*. Obtido de: https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2008/audit-dgtc-rel010-2008-2s.pdf, consultado a 30 de março de 2017.
- Tribunal de Contas (2009). *Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde*. Relatório n.º15/2009. Obtido de: https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/2s/audit-dgtc-rel015-2009-2s.pdf, consultado a 02 de abril de 2007.
- Tribunal de Contas (2013). *Encargos do Estado com PPP na saúde*. Relatório n.º18/2013 - 2ª Secção. Obtido de: https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2013/2s/audit-dgtc-rel018-2013-2s.pdf, consultado a 02 de abril de 2017.
- Tribunal de Contas (2015). *Auditoria à execução do contrato de gestão do Hospital de Loures*. Relatório n.º19/2015 - 2ª Secção. Obtido de: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2015/2s/audit-dgtc-rel019-2015-2s.PDF, consultado a 30 de março de 2017.
- UTAP – Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (2008). *Contrato de Gestão do hospital de Cascais*. Obtido de: <http://www.utap.pt/Contratos/saude/HCascais.pdf>, consultado a 15 de março de 2016.
- UTAP – Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (2009). *Contrato de Gestão do hospital de Braga*. Obtido de: <http://www.utap.pt/Contratos/saude/HBraga.pdf>, consultado a 15 de março de 2016.
- UTAP – Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (2010). *Contrato de Gestão do hospital de Loures*. Obtido de: <http://www.utap.pt/Contratos/saude/HLoures.pdf>, consultado a 15 de março de 2016.
-

UTAP – Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (2011). *Contrato de Gestão do hospital de Vila Franca de Xira*. Obtido de: <http://www.utap.pt/Contratos/saude/HVFX.pdf>, consultado a 15 de março de 2016.

VanderWielen, L., & Ozcan, Y., (2014). An assessment of the health care safety net: performance evaluation of free clinics. *Nonprofit Volunt Sect*, 44(3), 474–486.

Valdmanis, V., Kumanarayake, L., & Lertiendumrong, J. (2004). Capacity in Thai public hospitals and the production of care for poor and nonpoor patients. *Health Services Research*, 39(6), 2117-2134. doi: 10.1111/j.1475-6773.2004.00335.x.

Vasquez, C. (2012). *Eficiência e produtividade no ensino superior público*. Tese para obtenção de grau de Doutor em Ciências Sociais na Especialidade de Administração Pública, apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Williamson, O. (1971). The vertical integration of production: market failure considerations. *The American Economic Review*, 61(2), 112-123. doi: 10.1179/102452907X166845.

Williamson, O. (1991). Strategizing, economizing, and economic organization. *Strategic management journal*, 12, 75-94. doi: 10.1002/smj.4250121007.

Williamson, O. (1998). The institutions of governance. *The American Economic Review*, 88 (2), 75-79.

Williamson, O. (2000). The new institutional economics: taking stock, looking ahead. *Journal of Economic Literature*, 38(3), 595-613. doi: 10.1257/jel.38.3.595.

Williamson, O. (2005). Transaction cost economics and business administration. *Scandinavian Journal of Management*, 21(1), 19-40. doi: 10.1016/j.scaman.2005.02.002.

Williamson, O. (2010). Transaction cost economics: the natural progression. *Journal of Retailing*, 86(3), 215-226.

Williamson, O., & Winter, S. (1993). *The nature of the firm: origins, evolution, and development*. Oxford: University Press.

Wilson, W. (1887). The Study of Administration. *Political Science Quarterly*, 2, 197-222.

Wood, B. & Waterman, R. (1991). The dynamics of political control of the bureaucracy. *American Political Science Review*, 85, 801-828. doi: 10.2307/1963851.

Xenos, P., Yfantopoulos, J., Nektarios, M., Polyzos, N., Tinios, P., & Constantopoulos, A. (2017). Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009–2012. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 15(1), 1-12. doi: 10.1186/s12962-017-0068-5.

Yang, J., & Zeng, W. (2014). The trade-offs between efficiency and quality in the hospital production: Some evidence from Shenzhen, China. *China Economic Review*, 31, 166-184. doi: 10.1016/j.chieco.2014.09.005.

Yescombe, E. (2014). *Public-Private Partnerships: principles of policy and finance* (2nd edition). Amsterdão: Elsevier.

Youde, J. (2014). Global health partnerships: the emerging agenda. In Garrett, B., Yamey, G., & Wamala, S. (Eds.). *The Handbook of Global Health Policy* (pp.505-518). New Jersey: John Wiley & Sons.

Zafirovski, M. (2001). Administration and society: beyond public choice?. *Public Administration*, 79(3), 665-688. doi: 10.1177/009539979402600104.

Zhu J (2001). Super-Efficiency and DEA sensitivity analysis. *European Journal of Operational Research*, 129(2), 443-455. doi: 10.1016/S0377-2217(99)00433-6.

Referências legais

CRP - Constituição da República Portuguesa. Lei Constitucional n.º 1/2005 - *sétima revisão constitucional*. Diário da República n.º 155, I Série A, de 12 de agosto, pp.4642-4686.

Decreto-Lei n.º 43853. *Cria a Direcção-Geral dos Hospitais e define o seu funcionamento e competência*. Diário do Governo n.º 185, I Série, 10 de agosto de 1961, pp. 995-996.

Decreto-Lei n.º 46301. *Estabelece o regime financeiro dos serviços e instituições que visam actividades de natureza hospitalar*. Diário do Governo n.º 92, I Série, 27 de abril de 1968, pp.488-493.

Decreto n.º 48357. *Promulga o Estatuto Hospitalar*. Diário da República n.º 101, Série I, de 27 de abril de 1968, pp.599-612.

Decreto-Lei n.º 129/77. *Aprova a Lei Orgânica Hospitalar*. Diário da República n.º 201, I Série, 2 de abril, pp.683-686.

Decreto-Lei n.º 19/88. *Aprova a lei de gestão hospitalar*. Diário da República n.º 17, I Série - 3º suplemento, 21 de janeiro, pp. 248(20)-248(23).

Decreto-Lei n.º 156/99. *Estabelece o regime dos sistemas locais de saúde*. Diário da República n.º 108, I Série A, 10 de maio, pp.2421-2424.

Decreto-Lei n.º 207/99. *Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos*. Diário da República n.º 133, I Série A, 9 de junho, pp. 3258-3265.

Decreto-Lei n.º 284/99. *Estabelece o regime aplicável aos centros hospitalares e grupos de hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República n.º 172, I Série A, 26 de julho, pp.4683-4687.

Decreto-Lei n.º 185/2002. *Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados*. Diário da República n.º 191, I Série A, 20 de agosto, pp. 5852-5859.

Decreto-Lei n.º 86/2003. *Define normas especiais aplicáveis às parcerias público-privadas. Define normas especiais aplicáveis às parcerias público-privada*. Diário da República n.º 97, I Série A, 26 de abril, pp.2682-2686.

Decreto-Lei n.º 309/2003. *Cria a Entidade Reguladora da Saúde*. Diário da República n.º 284, I Série A, 10 de dezembro, pp.8329-8338.

Decreto-Lei n.º 93/2005. *Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais*. Diário da República n.º 109/2005, I Série A, 7 de junho, pp.3636-3637.

Decreto-Lei n.º 141/2006. *Primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, revendo o regime jurídico aplicável à intervenção do Estado na definição, concepção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global de parcerias público-privadas*. Diário da República n.º 144/2006, I Série, 27 de julho, pp.5344-5356.

Decreto-Lei n.º 18/2008. *Aprova o Código dos Contratos Públicos, que estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo*. Diário da República n.º 20/2008, I Série, 29 de janeiro, pp.753-852.

Decreto-Lei n.º 234/2008. *Primeira alteração aos Decretos-Leis n.os 212/2006, de 27 de Outubro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, e 219/2007, de 29 de Maio, que aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., transferindo as competências atribuídas à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., em matéria de*

qualidade, para a Direcção-Geral da Saúde e fixando a forma de extinção da estrutura de missão Parcerias.Saúde, criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de Novembro, cujo prazo de vigência foi prorrogado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2004, de 1 de Julho. Diário da República n.º 233, I Série, 12 de fevereiro, pp.8600-8608.

Decreto-Lei n.º 111/2012. Disciplina a intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das parcerias público-privadas e cria a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos. Diário da República n.º 100, I Série, 23 de maio, pp.2702-2713.

Decreto-Lei n.º 133/2013. Aprova o novo regime jurídico do sector público empresarial. Diário da República n.º 191, I Série, 03 de outubro, pp.5988-6002.

Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto. Procede à adaptação da Entidade Reguladora da Saúde, ao regime estabelecido na lei-quadro das entidades reguladoras, aprovada em anexo à Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto. Diário da República n.º 161, I Série, 22 de agosto, pp.4400-4416.

Decreto-Lei n.º 177/2015. Procede à alteração da denominação do Centro Hospitalar do Alto Ave, E. P. E., criado pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro, que passa a denominar-se Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, E. P. E.. Diário da República n.º 165, I Série, 25 de agosto, pp.6333-6334.

Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro. Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo. Diário da República n.º 30, I Série, de 10 de fevereiro, pp. 694-720.

Decreto-Lei n.º 44/2018. Procede à constituição do Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E. Diário da República n.º 115, I Série, de 15 de junho, pp.2533-2536.

Decreto Regulamentar n.º 14/2003. Aprova o caderno de encargos tipo dos contratos de gestão que envolvam as actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração de estabelecimentos hospitalares. Diário da República n.º 148, I Série B, 30 de junho, pp.3743-3762.

Despacho n.º 12891/2006. Determina que os investimentos nos hospitais da segunda vaga de PPP serão implementados no tempo segundo a ordem proposta no estudo técnico. Diário da República n.º 118/2006, Série II de 21 de junho, pp. 8947-8948.

Despacho n.º 1324/2011. Estabelece orientações, referentes ao processo de extinção da estrutura de missão Parcerias.Saúde (EMPS), de forma a assegurar a continuidade do programa de parcerias público-privadas no âmbito do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 10, II Série, 14 de janeiro, p.3014.

Despacho n.º 20975/2009, de 18 de setembro. Hospital de Loures - adjudicação da proposta e aprovação da minuta do contrato de gestão. Diário da República n.º 182, II Série, de 18 de setembro, p.38116.

Despacho n.º 5986/2008. Autoriza a adjudicação do Contrato de Gestão do Novo Hospital de Cascais, ao concorrente n.º 3, agrupamento Hospitais Privados de Portugal/Teixeira Duarte. Diário da República n.º 45, II Série, de 04 de março, p. 8829.

Despacho n.º 734/2009. Autoriza a adjudicação ao concorrente n.º 2, Agrupamento Escala Braga, bem como a aprovação da minuta do contrato de gestão do novo hospital de Braga, em regime de parceria público-privada. Diário da República n.º 7, II Série, de 12 de janeiro, p.971.

Despacho n.º 8300/2016. *Término dos Contratos de Gestão dos Hospitais de Cascais e Braga*. Diário da República n.º 121, II Série, 27 de junho, pp.19789-19790.

Despacho Normativo n.º 35/2003, do Ministério das Finanças. *Incumbe à PARPÚBLICA - Participações Públicas (SGPS), S. A., a prestação de apoio técnico ao Ministro das Finanças no contexto dos procedimentos de definição, concepção, preparação, concurso, adjudicação, alteração e acompanhamento global das parcerias público-privadas, regulados pelo Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril*. Diário da República n.º 191, I Série B, de 20 de agosto, pp.5237-5238.

Lei n.º 2011. *Promulga as bases para a organização hospitalar*. Diário do Governo n.º 70, I Série, 2 de abril de 1946, pp.201-204.

Lei n.º 48/90. *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República n.º 195, I Série, 24 de agosto, pp.3452-3459.

Lei n.º 98/97. *Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas*. Diário da República n.º 196, I Série, de 26 de agosto, pp.4401-4424.

Lei n.º 27/2002. *Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto*. Diário da República n.º 258, I Série A, 8 de novembro, pp.7150-7154.

Lei n.º 67/2003. *Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2001/55/CE, do Conselho, de 20 de Julho, relativa a normas mínimas em matéria de concessão de protecção temporária no caso de afluxo maciço de pessoas deslocadas e a medidas tendentes a assegurar uma repartição equilibrada do esforço assumido pelos Estados membros ao acolherem estas pessoas e suportarem as consequências decorrentes desse acolhimento*. Diário da República n.º 194, I Série A, de 23 de agosto, pp.5459-5464.

Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro. *Aprova a lei-quadro dos institutos públicos*. Diário da República n.º 12, I Série A, de 15 de janeiro, pp.301-311.

Lei n.º 64/2011. *Modifica os procedimentos de recrutamento, selecção e provimento nos cargos de direcção superior da Administração Pública, procedendo à quarta alteração à Lei n.º 2/2004, de 15 de Janeiro, que aprova o estatuto do pessoal dirigente dos serviços e organismos da administração central, regional e local do Estado, e à quinta alteração à Lei n.º 4/2004, de 15 de Janeiro, que estabelece os princípios e normas a que deve obedecer a organização da administração directa do Estado*. Diário da República n.º 244, I Série, 22 de dezembro, p. 5373-5389.

Lei n.º 66-B/2007. *Estabelece o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública*. Diário da República n.º 250/2007, 1º Suplemento, I Série, de 28 de dezembro, pp.9114(2)-9114(21).

Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001. *Cria uma estrutura de missão denominada «Parcerias. Saúde» destinada a desenvolver e implementar no sector da saúde experiências inovadoras de gestão, designadamente parcerias público-públicas e público-privadas, aplicando-as aos estabelecimentos hospitalares e ao universo de unidades de prestação de cuidados primários e cuidados continuados de saúde*. Diário da República n.º 266, I Série B, de 16 de novembro, p.7338-7339.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002. *Estabelece medidas para permitir a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais (EPE)*. Diário da República n.º 56, I Série B, de 7 de março, pp. 1868-1869.

ANEXO I

RESULTADOS DE AVALIAÇÃO DA
EFICIÊNCIA

(DEA Solver ®)

Model = SBM-O-V

Workbook Name = C:\Users\Desktop\Doutoramento Andreia\Início Tese\DEA - SOLVER Metodologia e resultados\Resultados DEA\Orientado Output\DEA Resultados 2013 - SBM-O-VRS.xlsx

No.	DMU	Score	Rank	Reference(Lambda)					
1	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,5702	30	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,171	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,829		
2	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,595	28	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,738	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,262		
3	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1	1	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1				
4	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	1	1	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	1				
5	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,7116	23	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,266	Hospital de Braga, PPP	0,24	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,494
6	Centro Hospitalar de São João, EPE	1	1	Centro Hospitalar de São João, EPE	1				
7	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,5792	29	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,559	Hospital de Braga, PPP	0,441		
8	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	0,7857	18	Centro Hospitalar de São João, EPE	0,277	Hospital de Braga, PPP	0,36	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,363
9	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	0,8698	17	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,253	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,726	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,021
10	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,7644	20	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,087	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,913		
11	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1	1	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1				
12	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1	1	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1				
13	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1	1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1				
14	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	1	1	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	1				
15	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,7396	22	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,944	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,056		
16	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,6819	25	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,037	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,963		
17	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1	1	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1				
18	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1	1	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1				
19	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,8971	16	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,341	Hospital de Braga, PPP	0,659		
20	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,769	19	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,003	Hospital de Braga, PPP	0,997		
21	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	1	1	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	1				
22	Hospital de Braga, PPP	1	1	Hospital de Braga, PPP	1				
23	Hospital de Cascais, PPP	0,6513	26	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,436	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,564		
24	Hospital de Loures, PPP	1	1	Hospital de Loures, PPP	1				
25	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,7529	21	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,946	Hospital de Loures, PPP	0,054		
26	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,9999	15	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,998	Hospital Santa Maria Maior, EPE	0,001		
27	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,6219	27	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,159	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,841		
28	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,5505	31	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,982	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,018		
29	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	1	1	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	1				
30	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,6886	24	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,043	Hospital de Braga, PPP	0,957		
31	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1	1	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1				

Average	0,8461
Max	1
Min	0,5505
St Dev	0,1684

No.	DMU	Score	Rank	Reference set (lambda)		
13	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,153227	1	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	1	
17	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,115448	2	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,194990445	Hospital Santa Maria Maior, EPE 0,804999555
24	Hospital de Loures, PPP	1,097461	3	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,076603088	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE 0,439173288
29	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	1,063598	4	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,410955607	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,192111094
11	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,057465	5	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,581568399	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,337124939
6	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,052525	6	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,637983245	Hospital de Braga, PPP 0,32183264
22	Hospital de Braga, PPP	1,03849	7	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,123752935	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE 0,876247065
18	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,034055	8	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	6,51E-02	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE 0,924462107
3	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,02424	9	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	4,63E-02	Hospital de Loures, PPP 0,782722178
14	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	1,023003	10	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,800522642	Hospital de Braga, PPP 5,24E-02
12	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,010089	11	Centro Hospitalar de São João, EPE	0,600638066	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE 0,345359928
4	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	1,005804	12	Centro Hospitalar de São João, EPE	0,411897466	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,588102534
21	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	1,002512	13	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,93E-02	Centro Hospitalar do Porto, EPE 0,287583983
31	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1	14	Infeasible LP		
26	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,999877	15	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	3,20E-04	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE 2,77E-04
19	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,897122	16	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,341375869	Hospital de Braga, PPP 0,658624131
9	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	0,86977	17	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,252989531	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,726279429
8	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	0,78567	18	Centro Hospitalar de São João, EPE	0,27716612	Hospital de Braga, PPP 0,360076651
20	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,769053	19	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	2,62E-03	Hospital de Braga, PPP 0,997375333
10	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,764376	20	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	8,74E-02	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,912614746
25	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,752876	21	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,94635985	Hospital de Loures, PPP 5,36E-02
15	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,739574	22	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,944320393	Hospital Fernando da Fonseca, EPE 5,57E-02
5	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,711557	23	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,266342731	Hospital de Braga, PPP 0,239538221
30	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,688592	24	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	4,30E-02	Hospital de Braga, PPP 0,95697606
16	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,681855	25	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	3,65E-02	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,963478381
23	Hospital de Cascais, PPP	0,651338	26	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,435650617	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,564349383
27	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,621903	27	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,159050367	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,840949633
2	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,595041	28	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,738224427	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,261775573
7	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,579159	29	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,558896591	Hospital de Braga, PPP 0,441103409
1	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,570188	30	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,17118384	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,82881616
28	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,550463	31	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,982193476	Hospital Fernando da Fonseca, EPE 1,78E-02

Model Name = DEA-Solver LV(V7)/ Super-SBM Oriented(Super-SBM-O-V) Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Workbook Name = C:\Users\Desktop\Doutoramento Andreia\Início Tese\DEA - SOLVER Metodologia e resultados\Resultados DEA\Orientado Output\DEA Resultados 2013 - SUPER SBM-O-VRS.xlsx

Model = SBM-O-V

Workbook Name = C:\Users\l\Desktop\Doutoramento Andreia\Início Tese\DEA - SOLVER Metodologia e resultados\Resultados DEA\Orientado Output\DEA Resultados 2014 - SBM-O-VRS.xlsx

No.	DMU	Score	Rank	Reference(Lambda)
1	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,5531	30	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE 0,093
2	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,6221	27	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE 0,436
3	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1	1	Centro Hospitalar de Leiria, EPE 1
4	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,8906	16	Centro Hospitalar de São João, EPE 0,127
5	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,7129	23	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,374
6	Centro Hospitalar de São João, EPE	1	1	Centro Hospitalar de São João, EPE 1
7	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,5815	29	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,621
8	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1	1	Centro Hospitalar do Algarve, EPE 1
9	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	0,8145	19	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,898
10	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,7412	22	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE 0,079
11	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1	1	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE 1
12	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,9999	14	Centro Hospitalar do Porto, EPE 1
13	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1	1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 1
14	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	1	1	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE 1
15	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,748	21	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,914
16	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,6424	26	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE 0,016
17	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1	1	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE 1
18	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1	1	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 1
19	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,8967	15	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,442
20	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,7701	20	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,191
21	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,8755	17	Centro Hospitalar do Porto, EPE 0,239
22	Hospital de Braga, PPP	1	1	Hospital de Braga, PPP 1
23	Hospital de Cascais, PPP	0,6662	25	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE 0,249
24	Hospital de Loures, PPP	1	1	Hospital de Loures, PPP 1
25	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,8396	18	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE 0,528
26	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1	1	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 1
27	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,6114	28	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE 0,141
28	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,5402	31	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,009
29	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	1	1	Hospital Fernando da Fonseca, EPE 1
30	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,6759	24	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,009
31	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1	1	Hospital Santa Maria Maior, EPE 1

Average	0,8446
Max	1
Min	0,5402
St Dev	0,1673

No.	DMU	Score	Rank	Reference set (lambda)		
13	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,152977	1	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	1	
18	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,066288	2	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,451705651 Hospital de Braga, PPP	2,68E-02
17	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,06375	3	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,016131152 Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,983858848
6	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,042009	4	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,709971417 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,207948912
3	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,034259	5	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	3,03E-02 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	6,40E-02
24	Hospital de Loures, PPP	1,033638	6	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	2,18E-02 Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	7,34E-02
22	Hospital de Braga, PPP	1,028278	7	Centro Hospitalar de São João, EPE	0,108728414 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	7,65E-02
29	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	1,027127	8	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,187577864 Centro Hospitalar do Algarve, EPE	0,227553352
26	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,023223	9	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,842339995 Hospital Santa Maria Maior, EPE	0,157650005
8	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1,010236	10	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,119048328 Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,880951672
11	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,006557	11	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,449371885 Hospital de Loures, PPP	8,47E-03
14	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	1,005165	12	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,977578558 Hospital de Braga, PPP	2,24E-02
12	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,003893	13	Centro Hospitalar de São João, EPE	6,82E-02 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,407101075
31	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1	14	Infeasible LP		
19	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,89675	15	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,441882842 Hospital de Braga, PPP	0,558117158
4	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,890613	16	Centro Hospitalar de São João, EPE	0,127418353 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,848003953
21	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,875538	17	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,239584245 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	8,39E-03
25	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,839557	18	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,527726792 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,472263208
9	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	0,814544	19	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,898320711 Hospital de Braga, PPP	0,101679289
20	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,770057	20	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,19065944 Hospital de Braga, PPP	0,80934056
15	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,747989	21	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,914450764 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	8,55E-02
10	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,741155	22	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	7,92E-02 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,920823111
5	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,712917	23	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,373904233 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,626095767
30	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,675912	24	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	8,53E-03 Hospital de Braga, PPP	0,991469433
23	Hospital de Cascais, PPP	0,666191	25	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,249187595 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,750802405
16	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,642417	26	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,63E-02 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,983700731
2	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,622093	27	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,435629182 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,564370818
27	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,611379	28	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,141480817 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,858509183
7	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,581474	29	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,620743877 Hospital de Braga, PPP	0,379256123
1	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,55306	30	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	9,26E-02 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,907432916
28	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,540155	31	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	8,67E-03 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,991326999

Model Name = DEA-Solver LV(V7)/ Super-SBM Oriented(Super-SBM-O-V) Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Workbook Name = C:\Users\Desktop\ doutoramento Andreia\Início Tese\DEA - SOLVER Metodologia e resultados\Resultados DEA\Orientado Output\DEA Resultados 2014 - SUPER SBM-O-VRS.xlsx

Model = SBM-O-V

Workbook Name = C:\Users\Desktop\Doutoramento Andreia\Inicio Tese\DEA - SOLVER Metodologia e resultados\Resultados DEA\Orientado Output\DEA Resultados 2015 - SBM-O-VRS.xlsx

No.	DMU	Score	Rank	Reference(Lambda)			
1	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,5448	29	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,121	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,879
2	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,6073	27	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,46	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,54
3	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1	1	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1		
4	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,8593	16	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,907	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,093
5	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,7092	23	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,354	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,646
6	Centro Hospitalar de São João, EPE	1	1	Centro Hospitalar de São João, EPE	1		
7	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,5936	28	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,061	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,939
8	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1	1	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1		
9	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,7325	22	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,078	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,922
10	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1	1	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1		
11	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1	1	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1		
12	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1	1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1		
13	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,9072	12	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,022	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,978
14	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,7587	19	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,889	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,111
15	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,647	26	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,083	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,917
16	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1	1	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1		
17	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1	1	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1		
18	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,8859	13	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,082	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,918
19	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,7466	21	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,267	Hospital de Braga, PPP	0,733
20	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,805	18	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,139	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,126
21	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	0,7574	20	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,002	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,998
22	Hospital de Braga, PPP	1	1	Hospital de Braga, PPP	1		
23	Hospital de Cascais, PPP	0,6576	25	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,275	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,725
24	Hospital de Loures, PPP	0,8459	17	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,975	Hospital de Braga, PPP	0,025
25	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,8733	14	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,508	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,492
26	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1	1	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1		
27	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,5341	30	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,091	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,909
28	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,525	31	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,002	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,998
29	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,86	15	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	0,25	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,152
30	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,686	24	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,166	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,834
31	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1	1	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1		

Average	0,8238
Max	1
Min	0,525
St Dev	0,1656

No.	DMU	Score	Rank	Reference set (lambda)		
12	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,221258	1	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	1	
17	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,105674	2	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,142037035	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE 0,857962965
16	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,066339	3	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,998368353	
8	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1,057544	4	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	9,74E-02	Hospital Fernando da Fonseca, EPE 0,902642643
3	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,041136	5	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	2,12E-02	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,978751524
6	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,027727	6	Centro Hospitalar do Porto, EPE	4,07E-02	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,64888787
26	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,020823	7	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,816671703	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 1,02E-02
22	Hospital de Braga, PPP	1,016225	8	Centro Hospitalar de São João, EPE	3,50E-02	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,133472362
11	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,010061	9	Centro Hospitalar de São João, EPE	5,93E-02	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,383068037
10	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,002077	10	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,426784075	Hospital Santa Maria Maior, EPE 0,573215925
31	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1	11	Infeasible LP		
13	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,907156	12	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	2,19E-02	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,978067885
18	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,885922	13	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	8,20E-02	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,917971671
25	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,873283	14	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,50824481	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,49175519
29	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,860014	15	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	0,250444119	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,151594669
4	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,859345	16	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,907419568	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 9,26E-02
24	Hospital de Loures, PPP	0,845875	17	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,974760593	Hospital de Braga, PPP 2,52E-02
20	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,804966	18	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,139086921	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,125874146
14	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,758744	19	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,888537271	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,111462729
21	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	0,757391	20	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,91E-03	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,998086343
19	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,746652	21	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,266952672	Hospital de Braga, PPP 0,733047328
9	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,732488	22	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	7,83E-02	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,9216669
5	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,709231	23	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,35432673	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,64567327
30	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,686028	24	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,165568353	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,834431647
23	Hospital de Cascais, PPP	0,657644	25	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,275316567	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,724683433
15	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,646967	26	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	8,25E-02	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,917492432
2	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,607261	27	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,459727199	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,540272801
7	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,593632	28	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	6,08E-02	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,939152887
1	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,544771	29	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,121276913	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,878723087
27	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,534136	30	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,091296302	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,908703698
28	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,525039	31	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,80E-03	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,998203678

Model Name = DEA-Solver LV(V7)/ Super-SBM Oriented(Super-SBM-O-V) Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Workbook Name = C:\Users\Desktop\Doutoramento Andreia\Início Tese\DEA - SOLVER Metodologia e resultados\Resultados DEA\Orientado Output\DEA Resultados 2015 - SUPER SBM-O-VRS.xlsx

Model = SBM-O-V

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento Andreia\Início Tese\DEA - SOLVER Metodologia e resultados\Resultados DEA\Orientado Output\DEA Resultados 2016 - SBM-O-VRS.xlsx

No.	DMU	Score	Rank	Reference(Lambda)			
1	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,5646	29	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,853	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,147
2	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,6595	27	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,486	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,514
3	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1	1	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1		
4	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,8587	14	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,907	Hospital de Braga, PPP	0,093
5	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,6884	24	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,256	Hospital de Braga, PPP	0,744
6	Centro Hospitalar de São João, EPE	1	1	Centro Hospitalar de São João, EPE	1		
7	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,588	28	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,554	Hospital de Braga, PPP	0,446
8	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1	1	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1		
9	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,7344	22	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,874	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,126
10	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1	1	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1		
11	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1	1	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1		
12	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1	1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1		
13	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,8843	12	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,042	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,958
14	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,7918	19	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,869	Hospital de Braga, PPP	0,131
15	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,674	26	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,914	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,086
16	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1	1	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1		
17	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1	1	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1		
18	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,834	16	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,468	Hospital de Braga, PPP	0,532
19	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,7519	20	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,256	Hospital de Braga, PPP	0,744
20	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,8131	17	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,145	Hospital de Braga, PPP	0,855
21	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	0,7505	21	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,906	Hospital de Braga, PPP	0,094
22	Hospital de Braga, PPP	1	1	Hospital de Braga, PPP	1		
23	Hospital de Cascais, PPP	0,6851	25	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,047	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,662
24	Hospital de Loures, PPP	0,8091	18	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,947	Hospital de Braga, PPP	0,053
25	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,85	15	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,018	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,539
26	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1	1	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,291
27	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,564	30	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,877	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,123
28	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,5433	31	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,951	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,049
29	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,8788	13	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	0,405	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,057
30	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,6946	23	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,022	Hospital de Braga, PPP	0,978
31	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1	1	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1		

Average	0,8264
Max	1
Min	0,5433
St Dev	0,1573

No.	DMU	Score	Rank	Reference set (lambda)		
12	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,20919	1	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,145896118	Centro Hospitalar de São João, EPE 0,854103882
17	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,104228	2	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,444011277	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE 0,555988723
26	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,066305	3	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,667020227	Hospital Santa Maria Maior, EPE 0,332969773
3	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,058679	4	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,939493634	Hospital de Braga, PPP 0,060506366
8	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	1,053777	5	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,121420987	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 6,91E-02
16	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,049191	6	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,035330789	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 0,752627077
22	Hospital de Braga, PPP	1,036968	7	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,145795887	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,854204113
6	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,028275	8	Centro Hospitalar do Porto, EPE	2,40E-02	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,64977255
10	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,023755	9	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,307252444	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 0,692747556
11	Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,012007	10	Centro Hospitalar de São João, EPE	0,180152157	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,299669303
31	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1	11	Infeasible LP		
13	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,884251	12	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	4,17E-02	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,958289074
29	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,878834	13	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	0,4050437	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 5,67E-02
4	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,858682	14	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,907311682	Hospital de Braga, PPP 9,27E-02
25	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,84996	15	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	0,01820581	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,539130231
18	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,833977	16	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,46799958	Hospital de Braga, PPP 0,53200042
20	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,813127	17	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,145383479	Hospital de Braga, PPP 0,854616521
24	Hospital de Loures, PPP	0,809057	18	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,946948223	Hospital de Braga, PPP 5,31E-02
14	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,791772	19	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,868687017	Hospital de Braga, PPP 0,131312983
19	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,751946	20	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,256209538	Hospital de Braga, PPP 0,743790462
21	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	0,750474	21	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,905652214	Hospital de Braga, PPP 9,43E-02
9	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,734368	22	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,873568454	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 0,126431546
30	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,694636	23	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	2,18E-02	Hospital de Braga, PPP 0,978243453
5	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,68836	24	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,256011219	Hospital de Braga, PPP 0,743988781
23	Hospital de Cascais, PPP	0,685147	25	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	4,72E-02	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,661524251
15	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,673977	26	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,913885337	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 8,61E-02
2	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,659522	27	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,485782187	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 0,514217813
7	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,588046	28	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,553656788	Hospital de Braga, PPP 0,446343212
1	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,564635	29	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,853342391	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 0,146657609
27	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,564026	30	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,877413229	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 0,122586771
28	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,543329	31	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,951487839	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 4,85E-02

Model Name = DEA-Solver LV(V7)/ Super-SBM Oriented(Super-SBM-O-V) Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Workbook Name = C:\Users\Desktop\Doutoramento Andreia\Início Tese\DEA - SOLVER Metodologia e resultados\Resultados DEA\Orientado Output\DEA Resultados 2016 - SUPER SBM-O-VRS.xlsx

Model = SBM-O-V

Workbook Name = C:\Users\l\Desktop\Doutoramento Andreia\Início Tese\DEA - SOLVER Metodologia e resultados\Resultados DEA\Orientado Output\DEA Resultados 2017 - SBM-O-VRS.xlsx

No.	DMU	Score	Rank	Reference(Lambda)
1	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,5794	29	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,806 Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 0,194
2	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,6804	26	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,426 Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 0,574
3	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1	1	Centro Hospitalar de Leiria, EPE 1
4	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,8796	15	Centro Hospitalar de São João, EPE 0,382 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,618
5	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,6861	25	Centro Hospitalar de São João, EPE 0,367 Hospital de Braga, PPP 0,633
6	Centro Hospitalar de São João, EPE	1	1	Centro Hospitalar de São João, EPE 1
7	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,6063	28	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,668 Hospital de Braga, PPP 0,332
8	Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE	1	1	Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE 1
9	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,7401	23	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,854 Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 0,146
10	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1	1	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE 1
11	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,78	20	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,503 Hospital de Braga, PPP 0,497
12	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1	1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 1
13	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,9435	13	Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE 0,039 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,45 Hospital de Loures, PPP 0,511
14	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,8143	17	Centro Hospitalar de São João, EPE 0,411 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE 0,589
15	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,6707	27	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,89 Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 0,11
16	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1	1	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE 1
17	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1	1	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 1
18	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,8139	18	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,594 Hospital de Braga, PPP 0,406
19	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,7858	19	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,315 Hospital de Braga, PPP 0,685
20	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,8154	16	Centro Hospitalar de São João, EPE 0,2 Hospital de Braga, PPP 0,8
21	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	0,7506	22	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,95 Hospital de Braga, PPP 0,05
22	Hospital de Braga, PPP	1	1	Hospital de Braga, PPP 1
23	Hospital de Cascais, PPP	0,7638	21	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE 0,542 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,383 Hospital de Loures, PPP 0,075
24	Hospital de Loures, PPP	1	1	Hospital de Loures, PPP 1
25	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	1	1	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP 1
26	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1	1	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 1
27	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,558	30	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,901 Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE 0,099
28	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,5486	31	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE 0,179 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,821
29	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,9015	14	Centro Hospitalar de São João, EPE 0,003 Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE 0,401 Hospital de Braga, PPP 0,596
30	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,7087	24	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE 0,038 Hospital de Braga, PPP 0,962
31	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1	1	Hospital Santa Maria Maior, EPE 1

Average	0,8396
Max	1
Min	0,5486
St Dev	0,1568

No.	DMU	Score	Rank	Reference set (lambda)		
1	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	0,579432	29	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,805830695 Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,194169305
2	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,680441	26	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,425822857 Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,574177143
3	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	1,047566	5	Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE	5,37E-03 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,994626557
4	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,879633	15	Centro Hospitalar de São João, EPE	0,382040064 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,617959936
5	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,686084	25	Centro Hospitalar de São João, EPE	0,367470548 Hospital de Braga, PPP	0,632529452
6	Centro Hospitalar de São João, EPE	1,040334	7	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,714309547 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,255457484
7	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,606343	28	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,667970599 Hospital de Braga, PPP	0,332029401
8	Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE	1,055866	3	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,134046842 Centro Hospitalar de São João, EPE	0,224931221
9	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,740068	23	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,853902269 Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,146097731
10	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,046573	6	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	7,25E-02 Hospital de Loures, PPP	0,427702049
11	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,780129	20	Centro Hospitalar de São João, EPE	0,758666521 Hospital de Braga, PPP	0,241333479
12	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1,171321	1	Centro Hospitalar de São João, EPE	1	
13	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	0,943503	13	Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE	3,91E-02 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,450248526
14	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,814332	17	Centro Hospitalar de São João, EPE	0,411330914 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,588669086
15	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,670718	27	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,89026675 Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,10973325
16	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	1,030106	8	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	6,08E-02 Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0,504931316
17	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	1,096888	2	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,441507985 Hospital de Braga, PPP	8,34E-02
18	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	0,813886	18	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,593608446 Hospital de Braga, PPP	0,406391554
19	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,785839	19	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,314607963 Hospital de Braga, PPP	0,685392037
20	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,815365	16	Centro Hospitalar de São João, EPE	0,199613554 Hospital de Braga, PPP	0,800386446
21	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	0,750572	22	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,949678321 Hospital de Braga, PPP	5,03E-02
22	Hospital de Braga, PPP	1,026185	9	Centro Hospitalar de São João, EPE	7,99E-02 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,108216431
23	Hospital de Cascais, PPP	0,757591	21	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,541476367 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,383364186
24	Hospital de Loures, PPP	1,024501	10	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,246436463 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,753563537
25	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	1,004068	11	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	0,171295781 Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,456711419
26	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,050451	4	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	7,01E-02 Hospital Santa Maria Maior, EPE	0,92984724
27	Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,55804	30	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,900569102 Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	9,94E-02
28	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,548642	31	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	0,178757455 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	0,821242545
29	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,901497	14	Centro Hospitalar de São João, EPE	3,14E-03 Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE	0,401092935
30	Hospital Garcia de Orta, EPE	0,708664	24	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	3,84E-02 Hospital de Braga, PPP	0,961647427
31	Hospital Santa Maria Maior, EPE	1	12	Infeasible LP		

Model Name = DEA-Solver LV(V7)/ Super-SBM Oriented(Super-SBM-O-V) Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Workbook Name = C:\Users\Desktop\Doutoramento Andreia\Início Tese\DEA - SOLVER Metodologia e resultados\Resultados DEA\Orientado Output\DEA Resultados 2017 - SUPER SBM-O-VRS3.xls

ANEXO II

GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

Questão 4

De acordo com a sua perceção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais as potenciam?

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduz, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

ANEXO III

ENTREVISTAS REALIZADAS

Entrevista 1

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: A eficiência e a qualidade, na minha opinião, caminham lado a lado, sendo que quem pensar em querer mostrar eficiência num curto prazo sem qualidade, acabará por pagar a fatura adiante em perda dessa mesma eficiência. Na base desta convergência encontra-se o cumprimento das normas clínicas, o profissionalismo das equipas e a própria cultura organizacional. Porém, admito que possam existir casos em que isto não ocorre e existam divergências, como por exemplo, motivadas pelos incentivos da produção adicional ou pela falta de ação da gestão intermédia.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim. Garantindo um funcionamento com regras, protocolos e monitorização, além de um permanente empoderamento pela gestão.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: A aversão ao cumprimento de regras e a dificuldade na partilha de boas práticas. As que mais as potenciam serão as inversas, ou seja, a busca e a partilha das boas práticas, além do cumprimento de regras.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. Os contratos programa são fundamentalmente baseados em produção e seguem em grande medida os valores históricos, ou seja, não têm em conta o *benchmarking* existente nem fazem diferenciação positiva.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Esta unidade tem uma boa classificação na análise de *benchmarking*, mas ainda com alguma margem de melhoria. Portanto diria 9 para ambos.

Entrevista 2

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: A eficiência e a qualidade convergem no cumprimento dos objetivos dos contratos-programa, que são impostos no processo de negociação. Contudo, ainda assim dependem muito da cultura organizacional instalada, do profissionalismo e da ação (ou falta dela) do gabinete de qualidade.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim, desde que exista a obrigatoriedade do cumprimento de normas e objetivos de produção negociados internamente com cada departamento/serviço, e adequando os objetivos para a contratualização, tendo em conta todos os critérios de qualidade exigidos.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais as potenciam?

R: O que mais condiciona é a falta de interesse das equipas de gestão e a existência de gabinetes de qualidade em *part-time*. O que mais potencia é a cultura organizacional existente e o profissionalismo e o grau de entrega dos profissionais que têm o cuidado de promover a qualidade e a satisfação dos utentes.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduz, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. Os contratos programa valorizam o histórico da unidade hospitalar e não o presente.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Classifico a eficiência com 9, pois melhorámos no passado recente a produção do hospital. Relativamente à qualidade, com 8. Neste caso os indicadores falam por si. Somos um dos melhores do nosso grupo.

Entrevista 3

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Na base da convergência está a ação do gabinete de apoio à gestão e do gabinete de qualidade, que deveriam articular de forma a garantir o rigoroso cumprimento de todos os objetivos e das metas definidas quanto à eficiência e qualidade.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim, nomeadamente com um conjunto de protocolos, implementados de forma imperativa pelas chefias.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: A qualidade é potenciada pela necessidade de evitar as penalidades constantes nos contratos e ainda pela entrega dos profissionais. No sentido oposto, é limitada pela falta de aposta do conselho de administração e pela falta de articulação entre a governação clínica e a gestão.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Sim. Como referi anteriormente, a qualidade e eficiência são potenciadas pela necessidade de evitar as penalidades referidas nos contratos.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: À eficiência atribuo um 8. Este hospital é reconhecido pelas suas estratégias de promoção de eficiência, de onde destaco o recondicionamento de equipamentos. Quanto à qualidade, somos também reconhecidos pela recente acreditação, mas ainda existem oportunidades de melhoria. Por isso classifico também com um 8.

Entrevista 4

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Sim, na minha opinião existe uma forte correlação.

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Sem dúvida, liderança e estratégia, o que conduz à cultura e organização do hospital.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Como referi, não só considero possível, como considero que existe uma forte correlação. A liderança é fundamental: a definição de uma estratégia lúcida e a sua respetiva disseminação pelo hospital é obrigatória. Se a estratégia for definida fixando a máxima satisfação do utente e for disseminada pela instituição, obrigatoriamente passará, não apenas pela perceção subjetiva de qualidade, mas também pela objetiva. Ou seja, da análise da operacionalidade do processo de prestação dos serviços de saúde, da economia dos meios e recursos aplicados, das condições de trabalho, dos resultados alcançados e da evolução comparativa destes, através de *benchmarking*. Não me parece curial que se alcance eficiência ótima sem qualidade. Elevadas taxas de reinternamento abaixo de 30 dias, de mortalidade no internamento, taxas de infeção elevadas, demoras médias elevadas, falta de programação (por exemplo, a repetição de marcações em

dias diferentes para meios complementares de diagnóstico e consultas, quando o utente no mesmo dia pode realizar ambos) estão associadas a défice de qualidade dos serviços prestados e conduzem inevitavelmente a baixa eficiência e a uma perceção subjetiva de qualidade.

Questão 4

De acordo com a sua perceção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Há inúmeros fatores externos que condicionam os indicadores. Por exemplo, o elevado peso político que o setor da saúde encerra, o que nem sempre é conciliável com a definição de estratégias corretas. Também a existência de fortes grupos de pressão (não apenas corporativos), o histórico do setor da saúde, a iliteracia em saúde e a não articulação de cuidados.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Sim. Os estímulos estão lá incluídos. A efetivação é que nem sempre corresponde.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Eficiência 7 e qualidade 7. O meu hospital é dos primeiros do grupo em indicadores de eficiência. No entanto, se comparado com outros hospitais, como por exemplo de Espanha, está ainda a meio da tabela, de acordo com informação da IASIST. O mesmo relativamente a indicadores de qualidade, o que confirma o teor geral da minha resposta.

Entrevista 5

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Considero que os hospitais que apresentam melhores resultados são também aqueles que têm maiores níveis de qualidade nas suas várias vertentes assistenciais. Isso é tanto mais visível nos hospitais que têm serviços de Urgência. Nestes hospitais, a Urgência é responsável por perto de 70 % do Internamento e por um número elevado de doentes que são encaminhados para a Consulta Externa. Uma qualidade assistencial medíocre neste serviço condiciona negativamente todo o internamento e parte da consulta. Realizei um trabalho na urgência dum grande hospital e constatámos precisamente isso. Diagnósticos errados ou inconclusivos, quando seguidos de internamento, levavam a maiores consumos de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e a maior número de diapositivos médicos. Poderíamos arranjar centenas de exemplos em que qualidade e eficiência andam praticamente sempre “casados”.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Como atrás referi, os dois conceitos andam quase sempre juntos. Contudo, naquilo a que eu identifico como uma atividade mais “industrial”, que é, por exemplo, a realizada no Bloco Operatório, aqui a convergência pode não ser tão evidente. Por exemplo: “qual a melhor dotação de pessoal no Bloco? Utilizar material descartável ou reutilizável? Utilizar material cirúrgico mais caro mas mais compatível com a “REGIS ARTE”, ou material mais barato?” Outras dúvidas podem surgir neste tipo de atividade hospitalar. Estas áreas de produção exigem um profundo trabalho de equipa para se conseguir um equilíbrio, o que não é fácil, entre qualidade e eficiência.

Não tenho dúvidas que no futuro vamos conseguir medir indicadores de saúde por região. Penso que os indicadores serão tanto melhores quanto maior for a qualidade e a eficiência das unidades de saúde dessa região e quanto maior for o seu nível de integração.

Questão 4

De acordo com a sua perceção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Considero que os que mais condicionam são: o acesso, a desarticulação e a desorganização entre diferentes níveis de cuidados, o desperdício duma forma indireta, o parque tecnológico degradado do setor, entre muitos fatores. Os que mais potenciam são: o nível de ensino e de formação dos nossos profissionais.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Mais nas PPPs que nos Hospitais Públicos E.P.E.s. Apesar de considerar que os parâmetros de avaliação das PPPs, incidem mais sobre aspetos de eficiência do que de qualidade e com pouca, ou nenhuma, ligação entre si.

Os atuais Contratos Programa até têm indicadores de qualidade, que são valorizados financeiramente, tais como as taxas de infeção hospitalar, os tempos de intervenção cirúrgica para fraturas da anca, as primeiras consultas *versus* segundas consultas, entre outros. No entanto, aparecem-nos muito desgarrados e por isso pouco integrados.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Eficiência 8 e qualidade 8. Somos um hospital de primeira linha, que promove práticas inovadoras e com claro empenho de toda a estrutura na melhoria da produção, no investimento, na contratualização e no cumprimento dos indicadores de qualidade que nos são impostos nos contratos e segundo os quais somos financeiramente penalizados.

Entrevista 6

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

1. Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

2. Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Não considero que a eficiência e a qualidade sejam duas características que tenham associação direta. Se considerar que a eficiência é uma relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados, nada me garante que um hospital com um maior número de procedimentos cirúrgicos por ano, por exemplo, com o mesmo número de recursos, o desempenhe com uma qualidade elevada.

A eficiência e a qualidade convergem quando a avaliação da qualidade dos serviços prestados passar a ser um critério obrigatório para avaliar a eficiência dos hospitais. Assim, a eficiência terá uma avaliação da qualidade associada. Contrariamente, divergem, porque sem esta obrigatoriedade, na minha opinião, podem criar-se alguns “atalhos” para conseguir bons resultados, mas com uma qualidade que não é a mais elevada. Neste caso diria que a procura pela eficiência pode deteriorar a qualidade. Como por exemplo, veja a obsessão por adquirir equipamentos com base no preço unitário mais baixo, sem consultar previamente os profissionais. Daqui resultam desperdícios e muitas vezes problemas nos pacientes, ou por má utilização, por exemplo, um produto novo desconhecido dos profissionais, ou por defeitos nos artigos.

3. Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim é possível, mas considero que é um exercício difícil. Exige um equilíbrio muito grande entre múltiplos fatores. Manter uma produção eficiente, com uma alocação adequada de

recursos humanos, sem desperdícios de recursos materiais, considerando os fatores ambientais, sem esquecer os padrões de qualidade recomendados é um exercício exigente, mas possível. Diria que pode tornar-se num exercício diário de avaliação de todos os fatores com impacto na relação eficiência/qualidade, para garantir que se mantém o equilíbrio entre todos os fatores. Na minha opinião, não me parece que seja um exercício habitual da maioria dos hospitais nacionais.

4. De acordo com a sua perceção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: A limitação de recursos (humanos, materiais...) e de informação. É difícil de acreditar que atualmente alguém não tem acesso à informação que pretende, para desempenhar as suas funções de acordo com os padrões de qualidade adequados. Também a não prestação de contas, pois os hospitais devem dar conhecimento dos seus resultados, bons e maus e justificá-los. O que se verifica atualmente é que nem todas as organizações partilham os seus resultados como era suposto. Mas quando não partilham ninguém intervém. É fácil encontrar hospitais em que o último relatório de contas publicado para acesso geral tem quatro ou cinco anos de existência. A eficiência deve pressupor qualidade, mas também exigência.

5. Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. A minha resposta baseia-se apenas na realidade que conheço. De forma geral, o contrato parece querer hospitais mais eficientes, com um nível de qualidade elevado. Para tal, o contrato pressupõe a concretização de uma quantidade de metas obrigatórias, na produção e qualidade, que aparentam garantir uma organização eficiente. No entanto, o sistema de penalizações para os incumprimentos parece um fim em si mesmo. A penalização parece tornar-se o mais importante, sendo que o Estado parecer ter como fim a penalização. Como resposta, a organização arranja forma de “fugir” da penalização. Neste jogo do apanha e foge, acredito que a eficiência, e sobretudo a qualidade, pode ser colocada em risco. Um contrato de parceria deveria ser isso mesmo, uma parceria com um objetivo comum. No entanto, os parceiros parecem dois inimigos, um que luta para penalizar e o outro que luta para não ser penalizado.

6. Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Diria que 9 para ambos, eficiência e qualidade. A luta para fugir à penalização obriga ao cumprimento de objetivos do contrato gestão, o que faz com que toda a estrutura se esforce no sentido de conseguir atingir os objetivos. Dentro destes objetivos, a manutenção que existe desde a abertura de um selo de acreditação para todo o hospital, que torna a dupla a obrigatoriedade de responder ao contrato em termos de eficiência e qualidade. A implementação de recomendações e de orientações deveria pressupor validação e avaliação. Na maior parte dos hospitais públicos, muitas das recomendações e orientações não são implementadas e, quando são, não há avaliação do seu resultado.

Entrevista 7

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

1. Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

2. Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Nem sempre o fazer bem com o menor consumo de recursos é sinónimo de qualidade em contexto de prestação de cuidados de saúde. A qualidade em saúde implica cada vez mais a personalização, e esta pode não facilitar a eficiência.

3. Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim. Como referi, embora nem sempre o fazer bem com menos recursos seja sinónimo de qualidade em contexto de prestação de cuidados de saúde, é efetivamente possível manter uma produção global eficiente com elevados padrões de qualidade. Para tal, é necessário manter uma personalização de cuidados ajustada, desde que exista uma monitorização rigorosa de indicadores que nos permitam identificar precocemente desvios ao planeado/metastas, permitindo a implementação breve de planos de ação corretivos. E que permitam também eliminar atos e procedimentos supérfluos que se revelem marginais e que não acrescentem valor, logo que se revelem desperdício.

4. De acordo com a sua perceção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Os fatores que mais condicionam são a falta quantitativa e qualitativa dos registos. Os que mais potenciam são bons sistemas de informação, que disciplinem a qualidade do registo.

5. Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Sim, mas não em todos os parâmetros. Alguns estão desajustados da realidade, parecem definidos e determinados por teóricos que pouco refletem a prática clínica e as necessidades da população.

6. Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Classifico a eficiência com 8. Há um forte controlo sobre custos, grande enfoque na gestão dos Recursos disponíveis, com evicção do desperdício, mas existe oportunidade de melhoria na qualidade dos circuitos de comunicação, assim com na gestão das prioridades. Classifico com 9 a qualidade, pois existe um grande enfoque na qualidade dos cuidados. As equipas são altamente profissionais, envolvidas e empenhadas no cuidado ao doente/cliente, e com forte controlo na gestão dos recursos e na monitorização de indicadores. Também a organização em constante auditoria à qualidade dos cuidados, o que mantém elevado nível de proficiência.

Entrevista 8

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

1. Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

2. Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Penso que na base da convergência está o facto de haver uma gestão que envolve os colaboradores e que reconhece o seu trabalho. Para além disso, considero importante a definição e o conhecimento dos objetivos por parte de todos os colaboradores, e a existência e o conhecimento de um plano estratégico.

3. Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim. Através da participação dos profissionais na gestão, dando-lhes a definição e o conhecimento das suas funções. Considero que o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão é uma questão determinante.

4. De acordo com a sua perceção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais as potenciam?

R: Penso que os principais fatores são o excesso de trabalho, a escassez de recursos humanos e a falta motivação dos colaboradores.

E os que mais as potenciam? Julgo que o reconhecimento do trabalho realizado e, se possível, bem remunerado.

5. Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. Os contratos de gestão estão desenquadrados com a realidade

6. Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? 7 E ao nível da qualidade? 7 Porquê?

R: Atribuo um sete a ambos. Devido à existência de um plano estratégico, ao conhecimento dos objetivos conhecidos por parte de todos e à preocupação das chefias em envolver o máximo de colaboradores nas decisões. Também pela existência de auditorias externas e internas que avaliam a qualidade dos serviços prestados.

Entrevista 9

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Na minha opinião, quando se fala em eficiência em saúde terá de se ter como ponto de partida a qualidade dos serviços prestados e os resultados obtidos e percecionados pelo doente. Não se devem ter em conta apenas a quantidade de recursos consumidos, os gastos incorridos com a operação e as receitas obtidas.

Considero que terá de haver necessariamente uma adaptação das instituições às necessidades da população que serve, para cuja resposta têm de se capacitar.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim, se conseguirmos adaptar as nossas instituições à população (à procura) que servimos.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Penso que condiciona a ideia que mais recursos são sinónimo de mais qualidade. A humanização na prestação de cuidados é fundamental, bem como a gestão da doença centrada no doente.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Na minha opinião, sim. Exemplo disso são o reforço da contratação de atividade programada, nomeadamente de primeiras primeiras consultas hospitalares, a aposta na hospitalização domiciliária, a introdução de novas modalidades de pagamento em novas áreas de atividade, como sejam os programas de rastreio de base populacional e a valorização da atividade realizada nos Centros de Responsabilidade Integrados. Estas questões estimulam as instituições no que diz respeito à promoção da eficiência associada à qualidade.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Classificaria com 7 a eficiência e a qualidade. Em relação à eficiência, como forma de melhorar os níveis de eficiência da nossa instituição, encontra-se em estudo uma proposta de reorganização interna dos serviços, de forma a melhorar a sua *performance*. Quer ao nível de recursos, como ao nível gastos com a operação. Quanto à qualidade, tem havido, ao longo dos anos, uma aposta na acreditação dos serviços que integram a instituição. Em parceria com outras instituições, têm sido aplicados questionários de satisfação de forma a aferir da satisfação, quer dos utilizadores dos nossos serviços, quer dos próprios profissionais.

Entrevista 10

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: A eficiência e a qualidade, apesar de serem incentivadas pela administração, dependem sempre da ação direta dos profissionais de saúde, nomeadamente no cumprimento de normas, nas recomendações do gabinete de qualidade e na correta aplicação de recursos, permitindo produzir mais com menos. Na base da divergência, penso que a produção adicional, por exemplo, que promove o acesso e a eficiência, pode pôr em risco a qualidade do serviço prestado.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim, com o redesenho de processos, envolvendo a componente clínica com a gestão.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: A qualidade é condicionada pela falta de recursos humanos, pela falta de motivação e pela ausência de incentivos. A promoção da qualidade podia começar logo pelo estabelecimento de objetivos por serviço/profissional e pelo desenvolvimento de uma melhor monitorização mensal, com relatórios internos alertando falhas.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Sim. Os contratos vigentes estimulam a produção adicional com penalidades associadas aos indicadores de qualidade.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Eficiência com um 7. Pois estamos subfinanciados, o que não permite investimento em medidas promotoras de eficiência a médio e longo prazo, como por exemplo a aquisição de novos equipamentos de diagnóstico e terapêutica e a realização de obras de requalificação do edifício. Na qualidade apenas 6 e justifico esta classificação pelas dificuldades em dar formação aos profissionais e pela deficiência de infraestruturas. Exemplo disso é a dificuldade em estabelecer áreas de limpos e de apoio à prática clínica, bem como a ampliação do bloco operatório, que é urgente e necessária, permitindo uma maior circulação de doentes.

Entrevista 11

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Não vejo qualquer associação direta entre eficiência e qualidade. Cada vez mais a eficiência pedida nos contrato programa é em função da redução de custos, mas com aumento de produção. Como as compras cada vez são mais realizadas em função do menor preço unitário, só por aí é comprometida a qualidade. Um outro fator relaciona-se com a experiência dos médicos mais jovens, que para fazerem um diagnóstico preciso levam mais tempo e consomem muitos mais exames que um médico sénior.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Não. A minha resposta baseia-se na constatação de que os profissionais não estão motivados para colaborar, de que existe uma falta de programação e ainda do meu entendimento de que este objetivo não parece ser uma prioridade política. Veja-se, por exemplo, os termos de contratualização, que por vezes premeiam o incumpridor.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: O que mais condiciona os resultados de qualidade é o não cumprimento dos protocolos e a falta de motivação dos profissionais. Para a potenciar poderão ser encontradas soluções para estes problemas, baseadas em incentivos, monitorização da atividade com a sua respetiva análise e a implementação de melhorias junto dos serviços. Claro que só produzirá efeitos se houver vontade política.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. O crescimento da atividade relativamente ao ano anterior é a principal preocupação do governo e não a qualidade.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Eficiência 8, em parte resultado do nosso plano estratégico, que tem promovido a eficiência através da inovação e também muito por conta dos programas cofinanciados. Já à qualidade atribuo a classificação de 7, por considerar que ainda está muito longe do ideal e precisa de ser dinamizada e contar com a participação dos profissionais.

Entrevista 12

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: A divergência é óbvia quando nos exigem mais do que podemos dar e, por isso, penso que parte logo da própria liderança e da gestão intermédia. Os indicadores dos contratos programa são muitas vezes incansáveis, com o cumprimento dos indicadores de qualidade à risca.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Não acredito. Há falta de profissionais, de interesse do processo político e falta de competência gestores.

Questão 4

De acordo com a sua perceção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: São vários os fatores que poderia referir. Mas centrando-me nas questões de liderança e organização, a limitação da melhoria dos indicadores de qualidade nos hospitais públicos deve-

se à falta de interesse político. Isto reflete-se em termos de contratualização gerais, que não são personalizados a cada caso. Quanto a fatores potenciadores da qualidade, no meu ponto de vista, posso referir a integração dos gestores e profissionais de saúde nos processos de contratualização e a criação de protocolos internos baseados na partilha de boas práticas de outras instituições similares.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. O incentivo aliado à melhoria da eficiência com qualidade funcionaria melhor do que o atual modelo penalizador.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Classifico a eficiência com 7. Penso que podemos fazer muito mais, mas existem bloqueios por parte da gestão intermédia, que não promove a inovação de processos e também por parte do poder político, que parece querer poupar no SNS. À qualidade atribuo 6. Estamos com resultados medianos muito por conta no desinvestimento na formação de profissionais qualificados para conduzirem o gabinete de qualidade, que praticamente não existe.

Entrevista 13

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Na base da convergência considero que imperam fatores relacionados com os termos da contratualização, como a cultura organizacional nos diversos serviços clínicos, a capacidade de liderança dos diretores de serviço e enfermeiros chefe e o bom senso de todos os profissionais na hora de tratar os pacientes. A divergência pode resultar do oposto ao que acabei de referir. Posso exemplificar com a fraca liderança da gestão intermédia, que não acompanha a evolução da atividade nem da qualidade.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim, acho possível. Com a implementação de uma liderança corporativa que envolva as mais variadas classes nos processos de gestão, com abertura e equilíbrio entre as partes, sempre em prol do utente.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Os fatores que mais condicionam bons resultados de qualidade relacionam-se com a fraca liderança clínica e institucional, a falta de conhecimento dos profissionais que integram os gabinetes de qualidade e a falta de vontade dos profissionais de saúde em cumprir normas.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. As tentativas ainda não deram os seus resultados. É preciso mais incentivos e menos penalidades.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Atribuo 9 à eficiência e à qualidade. Relativamente à eficiência, é um resultado do nosso plano estratégico para o triénio, que envolveu toda a estrutura neste objetivo. Classifiquei com 9 a qualidade 9, pois foi um problema ultrapassado e agora estamos no topo.

Entrevista 14

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Penso que os motivos que se encontram na base da convergência entre os indicadores de eficiência e qualidade são os contratos programa e os respetivos incentivos institucionais. No lado da divergência encontra-se a satisfação dos profissionais. Muitas das vezes estão exaustos e, mesmo tentando ser eficientes cumprindo as metas previstas, podem colocar em risco a segurança dos utentes. ainda que inadvertidamente.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Não. Considero que as equipas não estão preparadas para este tipo de mudanças sem antes ser definida uma nova forma de financiamento.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Na minha opinião, os piores resultados de qualidade devem-se à falta de incentivos e à desmotivação dos recursos humanos. Acho que para potenciar os indicadores deveria ser revista a contratualização, personalizando os objetivos à capacidade interna de cada instituição. Além disso, deveria existir um incentivo interno aos serviços que conseguisses melhorar os seus resultados e que se posicionassem ao nível dos melhores do grupo.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Sim. Concorde que foram dados grandes passos nesse sentido com resultados já vistos.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Eficiência com 9. Os termos de contratualização têm promovido a eficiência e nós temos acompanhado esses objetivos, nomeadamente com a produção adicional. No entanto, o financiamento é muito limitado para dar continuidade a estes objetivos. A qualidade classifico com 8, pois, apesar da melhoria deste indicador, ainda tem margem para melhoria. Penso que será o próximo passo.

Entrevista 15

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Considero que a eficiência e a qualidade deveriam andar lado a lado, mas penso que isso não se verifica na prática. Para isso pesam vários fatores, como a capacidade de liderança do conselho, o respeito que a gestão intermedia impõe nas equipas e, acima de tudo, a própria cultura organizacional instalada, que deveria estar alinhada com a ação do gabinete de qualidade.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Penso que sim. Através de uma liderança ativa que promova uma cultura organizacional orientada para o utente.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: A maior limitação encontra-se na base da prestação, logo nos próprios recursos humanos. As equipas estão exaustas e desinteressadas em cumprir normas, ou protocolos e acatar as recomendações do gabinete de qualidade. Para ultrapassar estes problemas, penso que a força motora deve partir do conselho de administração e dos diretores de cada serviço clínico.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Sim, mas apenas no caso específico dos Centros de Responsabilidade Integrada. Já em relação às PPP é tudo mais padronizado, com métricas apertadas relativas a indicadores de qualidade.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Classifico eficiência com 8 e qualidade com 9. A associação entre eficiência e qualidade neste hospital ainda não é bem entendida por todos. Contudo, penso que o envolvimento dos diretores de serviço com o gabinete de qualidade tem contribuído para estes resultados.

Entrevista 16

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Esta é uma questão para a qual poderiam existir várias desculpas, ou motivos. Na minha perspetiva, e assumindo o meu papel de administrador, a convergência assenta no cumprimento dos termos de referência dos contratos programa. Considero que a divergência nesta relação, está mais ao nível da prestação direta por parte dos profissionais.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Não. As condições de contratualização e o pagamento aos hospitais não permitem o cumprimento, num curto prazo, deste objetivo.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Na minha opinião, os fatores que mais condicionam os indicadores de qualidade encontram-se ao nível da qualidade dos registos, que são incompletos e pouco uniformes e transparentes. Para promover melhores resultados, penso que antes de mudar o que quer que seja, dever-se-ia rever a forma como os dados são colhidos.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Sim. As penalidades existentes nos atuais contratos programa são suficientes para, a curto prazo, aliar os indicadores de qualidade aos de eficiência.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Classifico com 9 a eficiência e a qualidade. Penso que o meu hospital tem cumprido todos os termos constantes nos termos de referência para a contratualização, com excelentes indicadores de qualidade. Na base destes resultados encontra-se a forte aposta em equipamentos e na eficiência energética. Contribui também a existência de um plano estratégico robusto que pensa no futuro e uma liderança partilhada, com intervenção dos administradores hospitalares e do gabinete de qualidade.

Entrevista 17

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: A convergência entre qualidade e eficiência tem vários motivos associados. Desde logo os incentivos, as penalidades constantes nos contratos e as normas emitidas pela DGS. Para além destas questões, as auditorias realizadas internamente pelo gabinete de qualidade, que visam a melhoria dos serviços, ao evitarem reinternamentos e complicações pós operatórias. Do lado da divergência, penso que estão as aquisições de materiais e de equipamentos sem a consulta prévia de profissionais, o que deixa algumas dúvidas quanto ao seu uso. Também ainda a fraca experiência dos médicos mais novos que, não lhes retirando o seu mérito, consomem mais recursos do que um sénior para chegar a um mesmo diagnóstico.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim. Com a definição de protocolos e a sua respetiva monitorização. Mas, isto só será possível com o verdadeiro interesse da gestão e com um pulso forte por parte da direção dos serviços.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Para mim tudo se resume a problemas de comunicação. A comunicação entre o Ministério da Saúde e o Conselho de Administração no processo de realização de contratos, a comunicação entre a Administração e as direções de serviços na definição de objetivos dos indicadores e as suas limitações, e na comunicação entre as direções e os seus profissionais. Passando informação sobre normas, procedimentos a implementar, explicando os objetivos da mudança e a necessidade estrita de promover a qualidade da instituição.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. O processo de realização de contratos baseia-se no histórico e o conteúdo é por norma desfasado da realidade.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Atribuo à eficiência um 4, que é justificada pelo desperdício, pela falta de ligação entre os profissionais de saúde e serviços de apoio. Penso que o caso mais grave é a aquisição de equipamentos que são usados pelos profissionais, mas escolhidos em função do preço. No que respeita a qualidade atribuo 6. Esta classificação deve-se à falta de articulação e à ausência de formação em serviço e também de um gabinete de qualidade inerte, apesar dos esforços do conselho de administração.

Entrevista 18

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Penso que nem sempre o menor custo com recursos compromete a qualidade da prestação de cuidados de saúde, mas a verdade é que algumas vezes isso acontece. Sobretudo quando os profissionais não estão atentos ao aplicar novos dispositivos. Esta questão depende muito do contexto. Ainda assim, posso referir que, por vezes, as divergências resultam da má prática, de casos extremos de produção adicional paga por utente e ainda, como referi, da aquisição de equipamentos sem a prévia consulta dos profissionais que os aplicam. Do ponto de vista da convergência, julgo que está o profissionalismo dos recursos, que, de modo geral, têm o doente no centro do seu foco de cuidados.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim. Para isso é fundamental proceder à elaboração de norma e protocolos, penalizando internamente os serviços incumpridores e os profissionais que não apoiem as práticas eficientes e promovam os desperdícios.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Julgo que a falta de recursos humanos e de comunicação, entre as várias linhas de ação na prestação de cuidados, é o ponto fraco na concretização dos objetivos de qualidade. Quanto aos pontos fortes que potenciam a qualidade, considero que são o profissionalismo e a atitude correta dos profissionais, que fazem esforços para dar o melhor de si para cuidar do utente.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. Os contratos programa cingem-se muito à produção e pouquíssimo às questões de qualidade. Isto é uma limitação, quando comparado com os contratos aplicados às PPP.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Ao nível da eficiência classifico com 3 e ao nível da qualidade com 7. As razões são muitas e não se esgotam nos “clichés” habituais da sua dispersão. Têm mais a ver com questões organizacionais e que não são exclusivas desta instituição.

Entrevista 19

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Na minha opinião, os motivos que podem justificar a convergência estão relacionados com a ação do gabinete de qualidade, que monitoriza semanalmente os indicadores. Isto permite a adequação aos objetivos estratégicos do conselho de administração.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim, desde que exista uma clara definição de metas de desempenho ajustadas e a sua respetiva monitorização, com um conjunto específico de indicadores.

Questão 4

De acordo com a sua perceção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: São vários os argumentos. Do lado da promoção da qualidade posso referir o cumprimento de normas e boas práticas, evitando multas e penalidades associadas aos contratos. O empenho

dos profissionais e das direções intermédias, a contratação de mais profissionais e a análise mensal dos indicadores. Quanto aos fatores que condicionam a obtenção de melhores indicadores de qualidade, neste momento, destaco a desmotivação dos profissionais e a falta de incentivos aos serviços.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. A gestão tem por objetivo evitar as multas e penalidades associadas aos contratos, que em nada promovem a eficiência.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: A eficiência com 6, baseada na melhoria da produção, e a qualidade com 3. Classifico desta forma, pois na verdade não existe um gabinete de apoio. Por exemplo, eu integro-o apenas 4h semanais, não dando para fazer auditorias a todos os serviços.

Entrevista 20

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: A realidade hospitalar atual é muito mais exigente, em termos de qualidade e eficiência, do que era há uns anos atrás. Cada vez mais os hospitais procuram validar a qualidade dos serviços que prestam, através de sistemas de acreditação de qualidade. Acredito que, em breve, a avaliação da eficiência dos hospitais “exija” uma validação da qualidade do serviço prestado. Atualmente, quando comparamos os resultados de dois hospitais diferentes é considerado o facto de algum deles ser acreditado por algum sistema de qualidade? Podemos comprar hospitais acreditados com hospitais não acreditados, o que nos pode levar a comparar duas coisas que não deveriam à partida ser comparáveis.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Penso que sim. Com uma forte liderança e um estabelecimento de protocolos, de objetivos e metas tendo em vista a qualidade.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Sem dúvida que o que mais limita a qualidade é a fraca liderança, a falta de interesse por parte do poder político e a falta de interesse nas questões relacionadas com a segurança dos doentes. Penso que o que mais promove a qualidade são as penalidades aplicadas, das quais todos os dirigentes têm medo.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. Os termos atuais estão programados para o crescimento da atividade sem ter em conta a realidade dos hospitais. Se, por exemplo, perco dois médicos numa especialidade onde tinha quatro, é normal que poderei não ter problemas na qualidade, que até poderá crescer, mas certamente produzirei menos no global.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Penso que um 5 à eficiência, baseado na melhoria dos indicadores de produção. Quanto à qualidade um 4, pois esta é prejudicada pela falta de recursos humanos e de aposta na formação.

Entrevista 21

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Considero que os motivos que estão associados à convergência, ou à divergência, relacionam-se com as ações responsáveis dos próprios profissionais de saúde. Também, em parte à cultura organizacional instalada, ao acompanhamento dos indicadores de gestão e ao trabalho do gabinete de qualidade que, de forma preventiva, produz ações de controlo.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim, mas tudo depende de um planeamento adequado, de mais incentivo aos profissionais e de melhores condições de trabalho.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Penso que o que mais potencia é a reorganização dos processos internos, tais como a definição de protocolos articulados entre a governação corporativa e a governação clínica. Os motivos mais condicionantes relacionam-se com a falta de profissionais, com a desmotivação existente e com a falta de acompanhamento dos indicadores por parte do gabinete de qualidade que poderia ser mensal, ou trimestral.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. Os contratos programa estão completamente desajustados da realidade, não promovem a qualidade e apenas a maior produção.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Classifico a eficiência com 7. Fundamento a minha opinião na falta de otimização de recursos e na falta de envolvimento da gestão intermédia nos processos de decisão. E classifico a qualidade com 8. Este é o nosso principal resultado, que é motivado por um gabinete reforçado que ouve os profissionais de saúde, e por uma cultura organizacional muito forte e motivada nesta área.

Entrevista 22

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Penso que a relação entre qualidade e eficiência é complexa e depende de vários fatores institucionais, tais como o gabinete de qualidade, o gabinete de apoio à gestão, a cultura implementada e as chefias intermédias, e também pessoais, como a ética profissional. Na minha área de atividade o motivo que mais contribui para a divergência nesta relação é a aquisição de equipamentos e produtos de consumo clínico, baseada única e exclusivamente no critério preço.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim, desde que o utente seja colocado no centro do planeamento dos cuidados e havendo melhores condições de trabalho.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Penso que o que mais potencia a preocupação da administração com a qualidade são as sanções/penalidades constantes nos contratos programas. Por isso, promovem internamente o reforço dos gabinetes de qualidade e o acompanhamento dos processos. No entanto, penso que a limitação maior está nos profissionais, desde os prestadores aos diretores de serviço.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Sim. Como já referi, a preocupação da administração é fomentada pelas sanções/penalidades constantes nos contratos programas e isso, de certa forma, promove também a eficiência.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Atribuo um 7 à eficiência. Justifico este valor com a falta de investimento, apesar do esforço interno da administração em melhorar as condições. Já na qualidade classifico com 9. Baseei esta classificação na avaliação externa, que acreditou vários dos nossos serviços.

Entrevista 23

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Penso que os principais motivos para a relação quer de convergência, ou divergência, entre qualidade e eficiência devem-se a três fatores. Estes são os interesses das chefias, o acompanhamento da atividade realizada por parte da administração e a supervisão dos indicadores de qualidade por parte do gabinete de qualidade. Este último poderá promover melhorias e agir de forma preventiva.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Claro que sim. Com planeamento e supervisão adequados aos objetivos de promoção de eficiência, com uma elevada qualidade. Para isso é fundamental o interesse da liderança e a participação ativa dos profissionais.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Considero que os fatores que limitam a melhoria dos indicadores de qualidade são a própria cultura organizacional, os profissionais de saúde e a gestão, que não tem em conta estes parâmetros quando apenas objetiva a eficiência ou o acesso, por exemplo. Temos de ver todo o processo de forma integrada. Como fatores que potenciam a qualidade são exemplo a existência de normas ou protocolos, a realização de boas práticas internas, ou partilhadas por outras instituições, os sistemas de acompanhamento/monitorização e, como já referi, os profissionais. Penso que estes são de facto determinantes para esta questão.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Sim, mas apenas se valoriza a atividade programada, que tem indicadores de qualidade com penalidades financeiras associadas.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: A eficiência classifico com 6. Isto porque o subfinanciamento é uma das maiores limitações para a eficiência, pois não permite reformas estruturais nem a compra de novos meios complementares de diagnóstico. Classifico a qualidade com 9. Penso que, apesar dos condicionamentos, temos um gabinete de qualidade dedicado, que promove ações internas em todos os níveis.

Entrevista 24

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: A eficiência e a qualidade, para mim, são componentes que infelizmente se encontram separadas logo na própria contratualização, quando esta coloca fortes penalizações em ambos os sentidos. Isto leva a que nós, administradores, avaliemos o risco e se opte por evitar a maior penalidade, que causa mais prejuízo financeiro.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Penso que não. Considero que existe uma descrença dos profissionais e não existe uma programação da atividade efetiva que articule a gestão com a *clinical governance*.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Julgo que a melhoria dos indicadores de qualidade depende da vontade política, da dinâmica dos órgãos de gestão e da motivação dos recursos humanos. Estas são também as limitações, se observando por um outro prisma.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. Os termos dos contratos programa visam de ano para ano o crescimento da atividade clínica e pouco impacto tem a qualidade no financiamento. Algumas vezes compensa o risco.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Considero a eficiência com 7. Isto com base nos resultados recentes que deixam algo a desejar, muito devido ao desinvestimento na inovação. Para a qualidade, um 8. Temos indicadores muito positivos, resultantes de um forte empenho da administração, nomeadamente com a alocação de mais recursos ao gabinete de qualidade.

Entrevista 25

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

1. Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não**
- c) Não sabe/ Não responde

2. Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: A associação entre eficiência e qualidade, não sendo apodítica, não permite uma resposta binária à questão colocada. Há hospitais pouco eficientes que prestam cuidados de excelente qualidade, hospitais muito eficientes que prestam cuidados de fraca qualidade e hospitais eficientes que prestam excelentes cuidados. A criação de valor em saúde obtém-se, simultaneamente, com a máxima eficiência e a máxima efetividade (ou eficácia, se preferir), medida através dos resultados obtidos pela prestação de cuidados (*outcomes*). Assim, os hospitais pouco eficientes que prestam cuidados de excelente qualidade apenas criam valor para os seus doentes, mas não para os seus acionistas (mesmo que seja a sociedade, no caso dos hospitais públicos); Os hospitais muito eficientes que prestam cuidados de fraca qualidade apenas criam valor para os seus acionistas mas não para os seus doentes; E os hospitais eficientes que prestam excelentes cuidados criam verdadeiro valor em saúde, simultaneamente para os seus doentes e para os seus acionistas.

3. Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Claro que sim. As melhores formas de garantir, em simultâneo, eficiência e qualidade dos cuidados, são: a engenharia e desenho de processos; a liderança e governação corporativa; a liderança e governação clínica.

A disciplina imposta pela engenharia de processos permite a definição integrada de processos administrativos, físicos (deslocações e espera de doentes, por exemplo), clínicos, logísticos, de

sistemas de informação e outros, eliminando tarefas ou passos desses processos que não criam ou até destroem valor e desenhando processos amigáveis para doentes e profissionais.

A liderança e governação corporativa são essenciais para manter alinhados os interesses e expectativas dos colaboradores de todas as áreas profissionais, permitir o desenvolvimento de sistemas de informação adequados e eficientes e, essencialmente, manter o foco de toda a organização na ética de serviço, na qualidade e na eficiência na utilização dos recursos sempre escassos.

A liderança e governação clínica são absolutamente indispensáveis para favorecer o trabalho multi e transdisciplinar, para desenvolver o espírito de equipa, para obter os consensos em torno dos modelos de organização clínica e de prestação dos cuidados.

4. De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Os fatores que mais limitam a obtenção de bons indicadores de qualidade são: a falta de liderança corporativa e clínica; a abordagem muitas vezes amadora às questões da segurança dos doentes; a arrogância profissional; a ignorância. Os que mais os potenciam são: a engenharia e desenho de processos; a liderança e governação corporativa; e a liderança e governação clínica.

5. Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduz, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: No caso dos Hospitais PPP, sim. Conheço pouco a atual situação dos Contratos-Programa dos outros hospitais públicos. No caso das PPP, os Contratos de Gestão possuem uma bateria de indicadores de qualidade do desempenho (no caso do Hospital Beatriz Ângelo são 96) e de um sistema de monitorização em real time que permite à ARSLVT acompanhar permanentemente a evolução desses indicadores. Por outro lado, ao obrigar à acreditação do hospital e à certificação de vários serviços internos (Farmácia, Imagiologia, Medicina Nuclear e Esterilização) e de todos os *outsourcers* do hospital (clínicos e não clínicos) e à certificação ambiental de todo o hospital, criam-se, no âmbito das obrigações decorrentes da acreditação e certificações, uma série vastíssima de outros indicadores, também eles controlados e monitorizados pelas entidades acreditadoras ou certificadoras.

O incumprimento da maioria dos indicadores de qualidade do Contrato de gestão determina a aplicação de penalidades financeiras que podem traduzir-se, se aplicadas, em milhões de euros por ano. O incumprimento dos restantes obriga à apresentação de planos de ação e medidas corretivas as quais, se não obtiverem sucesso, poderão, igualmente, dar lugar à aplicação de penalidades financeiras de elevado montante.

6. Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Não sendo fácil ser juiz em causa própria, mas utilizando a minha experiência profissional em vários contextos (público, privado e público/privado) atrevo-me a atribuir a seguinte classificação de 8 para eficiência e 9 para a qualidade. Em termos de eficiência, o hospital consegue ser cerca de 20% mais “barato” para o Estado do que a média de todos os restantes hospitais da região (custo por doente padrão), sendo o que apresenta, na região, os custos mais baixos por doente padrão (mesmo quando comparado com hospitais comparáveis, isto é, do mesmo grupo definido pela ACSS). Há ainda pequenos ajustamentos da eficiência que são possíveis de realizar, mas que, eventualmente colocariam a organização em “sofrimento”. Em termos de qualidade, porque, de uma forma geral e contínua, o hospital tem vindo a cumprir

todos os objetivos anualmente definidos para os indicadores de qualidade do Contrato de Gestão e porque, no que respeita à acreditação pela *Joint Commission International* os resultados ao longo do tempo têm sido excelentes, designadamente no que se refere à segurança do doente. O mesmo se verifica nos serviços submetidos a certificação, com uma evolução muito positiva de todos os indicadores constantes dos planos de qualidade dos serviços envolvidos.

Entrevista 26

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: A relação entre eficiência e qualidade não é tao fácil quanto parece nos contratos programa que aplicam penalizações financeiras que podem comprometer as contas da instituição, levando a que se ponham em causa alguns indicadores de qualidade cuja coima é inferior ao não cumprimento da produção contratualizada.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: A contratualização no setor público limita a eficiência e promove o desperdício dado que o custo beneficia nas aquisição e a opinião dos profissionais não é considerada.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais as potenciam?

R: Poderia referir varias situações em particular, mas de forma concreta foco como fatores facilitadores da promoção da qualidade as boas práticas, o empenho dos profissionais, a contratação de recursos humanos e o trabalho de auditoria e acompanhamento realizado pelo gabinete de qualidade. Como fatores limitadores destaco a desmotivação dos recursos humanos e a falta de estratégia interna para organizar os processos de liderança no cumprimento das metas contratuais.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduz, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Sim, desde 2013 os contratos programa estão mais dinâmicos e relacionam os resultados de acesso com eficiência e qualidade.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Eficiência 9 e qualidade 9. Não tenho duvidas que somos o melhor hospital do país. Os fatores que explicam a eficiência são motivados por um orçamento equilibrado, com a presença de um investidor que nos acompanha nos processos e com uma maior autonomia nos processos. Quanto à qualidade, os nossos temos contratuais exigem que a sua promoção (somos avaliados com base em 96 indicadores) ou caso contrário a aplicação de elevadas penalidades, o que faz com que coloquemos esta questão ao nível da eficiência.

Entrevista 27

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Penso que convergência entre qualidade e eficiência depende do trabalho em equipa entre o gabinete de qualidade e a gestão intermédia, no cumprimento dos termos definidos para a contratualização. Pesa também a ação dos profissionais, sobretudo quando atuam em SIGIC.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Considero que sim. Envolvendo o gabinete de qualidade no planeamento das atividades e no controlo de indicadores.

Questão 4

De acordo com a sua perceção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Os fatores mais promotores de bons resultados de acompanhamento são a dinâmica da gestão e o acompanhamento. Só com uma monitorização contínua de um conjunto de indicadores

permitirá melhorar as práticas e promover a qualidade. A maior limitação no processo relaciona-se com os recursos humanos, que nem sempre estão orientados para cumprir novas normas, seguir protocolos e adotar experiências positivas de outras instituições.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Sim. Penso que os termos de contratualização têm, ao longo dos últimos 5 anos, promovido a qualidade com penalizações ao não cumprimento desses objetivos.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Atribuo 9 à eficiência 9, fundamentada nos resultados positivos que temos obtido. O nosso hospital é um dos que promove, por exemplo, mais o ambulatório em detrimento do internamento e crescemos 20% no número de consultas. Quanto à qualidade, classifico com 9, pois estamos sempre na linha da frente. Porém, existem limitações não controladas pelo gabinete e relacionadas com atividade direta dos profissionais, que impedem a classificação de 10.

Entrevista 28

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Os contratos programa são a base de divergência e da convergência entre qualidade e eficiência e condicionam a ação dos hospitais em função da promoção de um ou outro objetivo.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Não. Como motivos considero a falta de recursos humanos para os serviços técnicos, como o gabinete de qualidade. Também os termos de contratualização pública, que limitam a ação interna e têm objetivos ambiciosos, mas desajustados à convergência da qualidade e eficiência.

Questão 4

De acordo com a sua perceção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Esta é uma questão pertinente, pois num primeiro momento pensei apenas na gestão, nos processos internos e nos recursos humanos, mas é muito mais complexo. Penso que, para ambos

os casos, o problema inicial centra-se na forma como os contratos de gestão estão desenhados e é aí que se devem reforçar os termos referentes aos indicadores, mas ajustados à realidade. Isso obriga a uma monitorização contínua interna e à emissão de relatórios com identificação dos serviços mais problemáticos. Uma política de transparência com os incumpridores bem destacados é sempre um bom motivo para tomar novas medidas.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. O problema encontra-se, como referi, na forma como os contratos de gestão estão desenhados e é aí que se devem reforçar os termos definidos para estes objetivos, desde que ajustados à realidade.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Atribuo um 9 à eficiência 9. Temos mais facilidade em contratar pessoal à medida que necessitamos, em realizar contratos com parceiros e em cumprir à risca com os termos contratualizados no contrato de gestão. Quanto à qualidade, somos uma referência, estando com um elevado nível que quantifico com a posição 9. Aliás, estamos sempre muito observados e sempre sobre escrutínio do Estado e da opinião pública no geral.

Entrevista 29

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Existem aqui várias variáveis que podem ser conjugadas. Em ambos os casos, divergência ou convergência, pesam fatores relacionados com as chefias, e com o espírito ético e moral dos profissionais (rigor no cumprimento de normas e procedimentos). E com a própria contratualização, que muitas vezes se encontra desajustada em termos de objetivos previstos.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim. Através de melhores condições de trabalho, remuneração ajustada aos resultados de eficiência e qualidade, definição de metas e avaliação do desempenho dos serviços.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Na minha opinião, os fatores que potenciam, ou limitam a qualidade, relacionam-se exclusivamente com recursos humanos e com a liderança da gestão intermédia, que coordena as várias prestações de cuidados de saúde nos mais diferenciados departamentos.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. A aplicação de penalidades não é, no meu ponto de vista, a melhor forma de estimular a promoção da eficiência associada à qualidade.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Classifico a eficiência com 6. Atribuo apenas este valor, motivado pelo elevado subfinanciamento a que fomos sujeitos, que limita o investimento tecnológico, e pela dificuldade em contratar médicos especialistas. Em relação à qualidade, atribuo 8. Justifico este valor porque, apesar das limitações, temos um grupo de profissionais coesos que promove as melhores práticas e um gabinete de qualidade muito presente. Resumindo, penso que o meu hospital produz pouco, mas bem.

Entrevista 30

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) **Sim**
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: A eficiência e a qualidade dependem sempre da ação direta dos profissionais. Penso que a sua convergência, ou divergência, está relacionada com a prestação de cuidados de saúde.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim. Motivando os profissionais e envolvendo-os nos processos de decisão, como previsto para os Centros de Responsabilidade Integrada.

Questão 4

De acordo com a sua perceção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: A qualidade é de facto um dos grandes dilemas na prestação de cuidados, pois todos queremos atingi-la. No entanto, poucos têm o cuidado em investir nessa área, pois acarreta custos que não resultam em produção direta e por isso é menosprezada pelos contratos. Ora

bem, voltando à questão, como fatores que condicionam a melhoria dos indicadores de qualidade destaco o não cumprimento de normas, ou a falta de protocolos, a dedicação dos profissionais, ou melhor a falta dela, e a falta de recursos. Como fatores potenciadores, considero que a atividade contínua dos serviços do gabinete de qualidade, que deve intervir monitorizando, realizando visitas aos serviços e ações de formação.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. Os contratos programa valorizam a produção direta e por isso a qualidade é ainda subvalorizada nos contratos.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Classifico eficiência com 5 e qualidade com 8. Não temos recursos nem financeiros, nem humanos, que nos permitam investir na otimização de recursos. Mas, temos uma grande preocupação naquilo que podemos controlar internamente, que é o cumprimento dos indicadores de qualidade, cujo acompanhamento é realizado por um gabinete muito competente.

Entrevista 31

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Considero que a base, quer da convergência ou da divergência, se encontra na valorização do gabinete de qualidade. Este deve ter todas as ferramentas para acompanhar a atividade, alertando para aspetos de qualidade que devem ser adequados aos objetivos de produção, que estão previstos nos processos de contratualização.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim, promovendo a ação mais autónoma do gabinete de qualidade, em parceria com a direção dos serviços.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Vou resumir a resposta com apenas um conjunto de fatores que servem de justificação para ambos os casos, dependendo da sua realização ou não. O primeiro são os recursos humanos, a motivação/desmotivação dos profissionais, o empenho (ou a falta dele) da liderança, e os incentivos/penalidades realizadas pela tutela e constantes nos contratos de gestão.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. Penso que os incentivos/penalidades previstos nos contratos não são suficientes para promover em simultâneo a eficiência e a qualidade.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Classifico a eficiência apenas com 5 e a qualidade 9. Este é um hospital que sofre pela sua estrutura arquitetónica com centenas de anos, desatualizada e que não permite promover a eficiência. Apesar deste constrangimento, a cultura organizacional implementada e o profissionalismo dos recursos humanos, dedicam grande atividade na obtenção dos mais elevados padrões de qualidade.

Entrevista 32

Bom dia, agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração para com este estudo.

Como havia referido anteriormente, a sua colaboração na realização desta entrevista é para efeitos da elaboração de um estudo sobre a eficiência na gestão hospitalar em Portugal, nos hospitais PPP e E.P.E., no âmbito do Doutoramento em Administração da Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Deste modo, a presente entrevista tem como principais objetivos aferir:

- a) A existência de um possível *trade-off* entre eficiência e qualidade e os motivos para o mesmo;
- b) Quais as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência;
- c) De que forma os Contratos Programa/Contrato de Gestão têm em conta o estímulo à obtenção da eficiência, mantendo os padrões de qualidade.

No que diz respeito à confidencialidade, garanto-lhe todo o sigilo sobre esta entrevista e no final irei mostrar-lhe a versão final, para que possa ter a certeza que concorda com o que ficará escrito.

Guião de Entrevista

Questão 1

Considera que os hospitais que apresentam os melhores resultados de eficiência são os que apresentam melhores indicadores de qualidade?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/ Não responde

Questão 2

Na sua opinião, quais os motivos que podem estar na base das convergências, ou divergências, na relação entre eficiência e qualidade?

R: Não tenho uma opinião formulada, pois existem tantos pontos que poderia abordar. Por exemplo, a ausência de um gabinete de qualidade empenhado (muitas vezes devido ao facto de funcionarem em acumulação de funções), a ausência de preocupação por parte do conselho de administração, o profissionalismo das equipas de saúde, a ação do departamento de compras, a experiência dos profissionais, o incentivo cego da produção adicional, o respeito de normas de orientação clínica, entre outros.

Questão 3

Considera possível conseguir manter uma produção eficiente mantendo elevados padrões de qualidade? Se sim, de que forma? Se não, qual o motivo?

R: Sim, mas só com a implementação de regras, em forma de protocolo, com o respetivo acompanhamento por parte do conselho de administração, que permita redesenhar processos.

Questão 4

De acordo com a sua percepção, quais os fatores que mais condicionam a obtenção de bons indicadores de qualidade? E os que mais os potenciam?

R: Os fatores facilitadores da qualidade nas unidades hospitalares são a adoção de boas práticas, a realização de protocolos e o desenvolvimento de sistemas de informação, que facilmente permitam acompanhar os resultados. Como fatores que restringem a melhoria da qualidade destaco o comportamento de alguns profissionais e a falta de recursos.

Questão 5

Os atuais termos de referência do Contrato Programa/ Contrato de Gestão com os hospitais traduzem, na sua opinião, os adequados estímulos à promoção da eficiência associada à qualidade? Quais os fundamentos que justificam a sua opinião?

R: Não. Os contratos não estão ajustados aos recursos necessários e, por isso, é difícil promover eficiência com qualidade em simultâneo. Tem de haver margem para inovar e só depois poderemos ser melhores.

Questão 6

Numa escala de 1 a 10 como classificaria o hospital onde exerce funções ao nível da eficiência? E ao nível da qualidade? Porquê?

R: Classifico com 6 a eficiência, com base nas limitações orçamentais, estruturais e de recursos humanos. Quanto à qualidade, um 8. Penso que este valor tem margem de crescimento, desde que se continuem a promover auditorias e a articular as ações de melhoria, envolvendo toda a estrutura do hospital.

ANEXO IV

RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO (MAXQDA®)

QUESTÃO 1

(MAXQDA®)

MAXQDA 2018 Resumo de códigos (1)

Cor	Código	Segmentos codificados de todos os documentos	Autor	Data de criação	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
●	Não	9	AMATOS	31-01-2019 00:28:48	28,13	9
●	Sim	19	AMATOS	31-01-2019 00:28:39	59,38	19
●	Não sabe/não responde	4	AMATOS	31-01-2019 00:29:12	12,50	4

Resumos com segmentos codificados - Questão 1.mx18

Código	Segmentos codificados	Sumário
Não sabe/não responde	Não sabe/ Não responde E32: 14 - 14 (0)	
	Não sabe/ Não responde E31: 14 - 14 (0)	
	Não sabe/ Não responde E23: 14 - 14 (0)	
	Não sabe/ Não responde E3: 14 - 14 (0)	
Não	Não E25: 12 - 12 (0)	
	Não E24: 13 - 13 (0)	
	Não E20: 13 - 13 (0)	
	Não E16: 13 - 13 (0)	
	Não E15: 13 - 13 (0)	
	Não E12: 13 - 13 (0)	
	Não E11: 13 - 13 (0)	
	Não E7: 12 - 12 (0)	

	Não E6: 12 - 12 (0)
Sim	Sim E30: 12 - 12 (0)
	Sim E29: 12 - 12 (0)
	Sim E28: 12 - 12 (0)
	Sim E27: 12 - 12 (0)
	Sim E26: 12 - 12 (0)
	Sim E22: 12 - 12 (0)
	Sim E21: 12 - 12 (0)
	Sim E19: 12 - 12 (0)
	Sim E18: 12 - 12 (0)
	Sim E17: 12 - 12 (0)
	Sim E14: 12 - 12 (0)
	Sim E13: 12 - 12 (0)
	Sim

E10: 12 - 12 (0)

Sim

E9: 12 - 12 (0)

Sim

E8: 11 - 11 (0)

Sim

E5: 12 - 12 (0)

Sim

E4: 12 - 12 (0)

Sim

E2: 12 - 12 (0)

Sim

E1: 12 - 12 (0)

QUESTÃO 2

(MAXQDA®)

MAXQDA 2018 Resumo de códigos (2)

Cor	Código	Segmentos codificados de todos os documentos	Autor	Data de criação	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
●	Produção adicional	5	AMATOS	31-01-2019 01:03:27	5,32	5
●	Problemas na prestação de cuidados	12	AMATOS	31-01-2019 01:18:35	12,77	9
●	Liderança	10	AMATOS	31-01-2019 00:54:55	10,64	7
●	Gestão intermédia interventiva	8	AMATOS	31-01-2019 01:01:31	8,51	8
●	Dedicação dos Profissionais de saúde	13	AMATOS	31-01-2019 00:55:30	13,83	12
●	Cumprimento de normas/protocolos	7	AMATOS	31-01-2019 00:58:46	7,45	7
●	Cultura organizacional	5	AMATOS	31-01-2019 01:11:29	5,32	5
●	Contratualização (desajustada)	15	AMATOS	31-01-2019 01:05:02	15,96	12
●	Aquisições de bens e produtos com base no preço mais baixo	5	AMATOS	31-01-2019 00:57:07	5,32	5
●	Acompanhamento da atividade	2	AMATOS	31-01-2019 01:12:01	2,13	2
●	Ação do Gabinete de Qualidade	12	AMATOS	31-01-2019 00:53:46	12,77	11

Resumos com segmentos codificados - Questão 2.mx18

Código	Segmentos codificados
Acompanhamento da atividade	gabinete de apoio à gestão E22: 17 - 17 (0)
	acompanhamento dos indicadores de gestão E21: 17 - 17 (0)
Cultura organizacional	cultura implementada E22: 17 - 17 (0)
	em parte à cultura organizacional instalada E21: 17 - 17 (0)
	cultura organizacional instalada E15: 17 - 17 (0)
	cultura organizacional nos diversos serviços clínicos, E13: 17 - 17 (0)
	a própria cultura organizacional E1: 17 - 17 (0)
Contratualização (desajustada)	contratualização que muitas vezes encontra-se desajustada em termos de objetivos previstos E29: 17 - 17 (0)
	contratos programa são a base de divergência E28: 17 - 17 (0)
	condicionam a ação dos hospitais em função da promoção de um ou outro objetivo. E28: 17 - 17 (0)
	A relação entre eficiência e qualidade não é tao fácil quanto parece nos contratos programa que aplicam penalizações financeiras que podem comprometer as contas da instituição E26: 17 - 17 (0)
	levando a que se ponham em causa alguns indicadores de qualidade cuja coima é inferior ao não cumprimento da produção contratualizada E26: 17 - 17 (0)
	Eficiência e qualidade, para mim, são componentes que infelizmente se encontram separadas logo na própria contratualização, quando esta coloca fortes penalizações em ambos os sentidos. E24: 17 - 17 (0)

	avaliemos o risco e se opte por evitar a maior penalidade, que causa mais prejuízo financeiro. E24: 17 - 17 (0)
	os incentivos, as penalidades constantes nos contratos E17: 17 - 17 (0)
	cumprimento dos termos de referencia dos contratos programa E16: 17 - 17 (0)
	contratos programa e os respetivos incentivos institucionais E14: 17 - 17 (0)
	termos da contratualização E13: 17 - 17 (0)
	indicadores dos contratos programa são muitas vezes incansáveis cumprindo os indicadores de qualidade à risca. E12: 17 - 17 (0)
	a eficiência pedida nos contrato programa é em função da redução de custos mas com aumento de produção E11: 17 - 17 (0)
	conhecimento de objetivos por parte de todos os colaboradores E8: 15 - 15 (0)
	convergem no cumprimento dos objetivos dos contratos-programa que são impostos no processo de negociação E2: 17 - 17 (0)
Produção adicional	produção adicional, E32: 17 - 17 (0)
	ação dos profissionais sobretudo quando atuam em SIGIC. E27: 17 - 17 (0)
	casos extremos de produção adicional paga por utente E18: 17 - 17 (0)
	a produção adicional por exemplo que promove o acesso e a eficiência pode por em risco a qualidade do serviço prestado E10: 17 - 17 (0)
	divergências como por exemplo motivada pelos incentivos da produção adicional E1: 17 - 17 (0)
Gestão intermédia interventiva	pesam fatores relacionados com as chefias, E29: 17 - 17 (0)
	gestão intermédia no cumprimento dos termos definidos para a contratualização E27: 17 - 17 (0)
	chefias intermédias E22: 17 - 17 (0)
	respeito que a gestão intermedia impõe nas equipas

	E15: 17 - 17 (0)
	capacidade de liderança dos diretores de serviço e enfermeiros chefe E13: 17 - 17 (0)
	em parte logo da própria liderança e da gestão intermédia. E12: 17 - 17 (0)
	Gestão que envolve os colaboradores e reconhecimento do trabalho dos mesmos. E8: 15 - 15 (0)
	falta de ação da gestão intermédia E1: 17 - 17 (0)
Cumprimento de normas/protocolos	normas de orientação clínica E32: 17 - 17 (0)
	convergência ou divergência está relacionada com a prestação de cuidados de saúde E30: 17 - 17 (0)
	rigor no cumprimento de normas e procedimentos E29: 17 - 17 (0)
	prestam excelentes cuidados criam verdadeiro valor em saúde, simultaneamente para os seus doentes E25: 15 - 15 (0)
	normas emitidas E17: 17 - 17 (0)
	cumprimento de normas E10: 17 - 17 (0)
	cumprimento das normas clínicas, E1: 17 - 17 (0)
Dedicação dos Profissionais de saúde	profissionalismo das equipas de saúde E32: 17 - 17 (0)
	experiência dos profissionais E32: 17 - 17 (0)
	dependem sempre da ação direta dos profissionais E30: 17 - 17 (0)
	espírito ético e moral dos profissionais E29: 17 - 17 (0)
	ação dos profissionais E27: 17 - 17 (0)
	ética profissional E22: 17 - 17 (0)

	ações responsáveis dos próprios profissionais de saúde E21: 17 - 17 (0)
	profissionalismo dos recursos de modo geral têm o doente no centro do seu foco de cuidados. E18: 17 - 17 (0)
	satisfação dos profissionais que muitas das vezes estão exaustos E14: 17 - 17 (0)
	dependem sempre da ação direta dos profissionais de saúde E10: 17 - 17 (0)
	conhecimento de objetivos por parte de todos os colaboradores E8: 15 - 15 (0)
	profissionalismo E2: 17 - 17 (0)
	profissionalismo das equipas E1: 17 - 17 (0)
Liderança	ausência de preocupação por parte do conselho de administração, E32: 17 - 17 (0)
	interesse das chefias E23: 17 - 17 (0)
	acompanhamento da atividade realizada por parte da administração E23: 17 - 17 (0)
	objetivos estratégicos do conselho de administração E19: 17 - 17 (0)
	capacidade de liderança do conselho E15: 17 - 17 (0)
	em parte logo da própria liderança E12: 17 - 17 (0)
	Gestão que envolve os colaboradores e reconhecimento do trabalho dos mesmos. E8: 15 - 15 (0)
	existência e conhecimento de um plano estratégico. E8: 15 - 15 (0)
	Liderança E4: 18 - 18 (0)
	estratégia

	E4: 18 - 18 (0)
Ação do Gabinete de Qualidade	ausência de um gabinete de qualidade E32: 17 - 17 (0) funcionarem em acumulação de funções E32: 17 - 17 (0)
	valorização do gabinete de qualidade, que deve ter todas as ferramentas para acompanhar a atividade alertando para aspetos de qualidade E31: 17 - 17 (0)
	depende do trabalho em equipa entre o gabinete de qualidade E27: 17 - 17 (0)
	supervisão dos indicadores de qualidade por parte do gabinete de qualidade que poderá promover melhorias e agir de forma preventiva. E23: 17 - 17 (0)
	gabinete de qualidade E22: 17 - 17 (0)
	ação do gabinete de qualidade, que monitoriza semanalmente os indicadores E19: 17 - 17 (0)
	auditorias realizadas internamente pelo gabinete de qualidade que visam a melhoria dos serviços evitando reinternamentos e complicações pós operatórias E17: 17 - 17 (0)
	ação do gabinete de qualidade E15: 17 - 17 (0)
	recomendações do gabinete de qualidade E10: 17 - 17 (0)
	ação do gabinete de GDH e do gabinete de qualidade E3: 17 - 17 (0)
	da ação (ou falta dela) do gabinete de qualidade E2: 17 - 17 (0)
Aquisições de bens e produtos com base no preço mais baixo	aquisição de equipamentos e produtos de consumo clínico, baseada única e exclusivamente no critério preço. E22: 17 - 17 (0)
	aquisição de equipamento sem prévia consulta dos profissionais que os aplicam E18: 17 - 17 (0)
	aquisições de materiais e equipamentos sem consulta prévia de profissionais deixando algumas dúvidas quanto ao seu uso E17: 17 - 17 (0)

	as compras cada vez são mais realizadas em função do menor preço unitário, só por ai é comprometida a qualidade E11: 17 - 17 (0)
	a obsessão por adquirir equipamentos com base no preço unitário mais baixo E6: 16 - 16 (0)
Problemas na prestação de cuidados	Nem sempre o menor custo com recursos compromete a qualidade da prestação de cuidados de saúde, mas a verdade é que algumas vezes acontece, E18: 17 - 17 (0) profissionais não estão atentos ao aplicar novos dispositivos E18: 17 - 17 (0) má prática E18: 17 - 17 (0)
	fraca experiência dos médicos mais novos que, não lhes retirando o mérito, consomem mais recursos do que um sénior para chegar a um mesmo diagnóstico. E17: 17 - 17 (0)
	ao nível da prestação direta por parte de profissionais E16: 17 - 17 (0)
	mesmo tentando ser eficientes cumprindo as metas previstas, podem colocar em risco a segurança dos utentes ainda que inadvertidamente E14: 17 - 17 (0)
	a experiência dos médicos mais jovens que para fazerem um diagnóstico preciso levam mais tempo e consomem muitos mais exames que um médico sénior. E11: 17 - 17 (0)
	correta aplicação de recursos, permitindo produzir mais com menos. E10: 17 - 17 (0)
	Nem sempre o fazer bem com o menor consumo de recursos é sinónimo de qualidade em contexto de prestação de cuidados de saúde. E7: 15 - 15 (0) A qualidade em saúde implica cada vez mais a personalização, e esta pode não facilitar a eficiência E7: 15 - 15 (0)
	problemas nos pacientes ou por má utilização (produto novo desconhecido dos profissionais), ou por defeitos nos artigos. E6: 16 - 16 (0)
	Diagnósticos errados ou inconclusivos, quando seguidos de internamente levavam a maiores consumos de medicamentos e MCDT e a maiores DM. Poderíamos arranjar centenas de exemplos em que qualidade e eficiência andam praticamente sempre “casados”.

	E5: 17 - 17 (0)
--	-----------------

QUESTÃO 3

(MAXQDA®)

MAXQDA 2018 Resumo de códigos (1)

Cor	Código	Segmentos codificados de todos os documentos	Autor	Data de criação	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
●	Sim	19	AMATOS	31-01-2019 00:28:39	59,38	19
●	Não sabe/não responde	4	AMATOS	31-01-2019 00:29:12	12,50	4
●	Não	9	AMATOS	31-01-2019 00:28:48	28,13	9

MAXQDA 2018 Resumo de códigos (1)

Cor	Código	Segmentos codificados de todos os documentos	Autor	Data de criação	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
●	Utente no centro dos cuidados	4	AMATOS	31-01-2019 15:19:13	4,65	4
●	Redesenho de processos	4	AMATOS	31-01-2019 15:02:01	4,65	3
●	Planeamento	11	AMATOS	31-01-2019 15:17:02	12,79	11
●	Penalidades associadas à avaliação de desempenho	1	AMATOS	31-01-2019 15:22:15	1,16	1
●	Participação ativa das lideranças	7	AMATOS	31-01-2019 15:03:18	8,14	7
●	Motivação dos profissionais de saúde	7	AMATOS	31-01-2019 15:05:03	8,14	7
●	Maior autonomia dos gabinetes de qualidade	2	AMATOS	31-01-2019 15:03:28	2,33	2
●	Incentivos	3	AMATOS	31-01-2019 15:10:08	3,49	2
●	Gestão de recursos	5	AMATOS	31-01-2019 15:11:31	5,81	4
●	Falta de interesse político	2	AMATOS	31-01-2019 15:27:32	2,33	2
●	Envolver/ouvir os profissionais de saúde na gestão	15	AMATOS	31-01-2019 15:06:48	17,44	10
●	Desenvolvimento de protocolos	7	AMATOS	31-01-2019 15:00:50	8,14	7
●	Contratos programa desajustados à realidade	7	AMATOS	31-01-2019 15:12:20	8,14	6
●	Acompanhamento da atividade	11	AMATOS	31-01-2019 15:01:34	12,79	9

Resumos com segmentos codificados - Questão 3.mx18

Código	Segmentos codificados
Falta de interesse político	falta de profissionais, interesse do processo político E12: 20 - 20 (0)
	este objetivo não parece ser uma prioridade política (veja-se os termos de contratualização que por vezes premeiam o incumpridor). E11: 20 - 20 (0)
Penalidades associadas à avaliação de desempenho	penalizando internamente os serviços incumpridores e os profissionais que não apoiem as práticas eficientes e promovam os desperdícios. E18: 20 - 20 (0)
Utente no centro dos cuidados	utente seja colocado no centro do planeamento dos cuidados E22: 20 - 20 (0)
	cultura organizacional orientada para o utente. E15: 20 - 20 (0)
	adaptar as nossas instituições à população (à procura) que servimos. E9: 21 - 21 (0)
	a estratégia for definida fixando a máxima satisfação do utente E4: 21 - 21 (0)
Planeamento	não existe uma programação da atividade efetiva E24: 20 - 20 (0)
	com um planeamento e supervisão adequados aos objetivos de promoção de eficiência com uma elevada qualidade E23: 20 - 20 (0)
	desde que o utente seja colocado no centro do planeamento dos cuidados E22: 20 - 20 (0)
	depende de um planeamento adequado E21: 20 - 20 (0)
	objetivos e metas tendo em vista a qualidade E20: 21 - 21 (0)
	clara definição de metas de desempenho ajustadas E19: 20 - 20 (0)
	falta de programação E11: 20 - 20 (0)
	implementação breve de planos de ação corretivos, e que nos permitam também eliminar atos e procedimentos supérfluos que se revelem marginais e que não acrescentem valor, logo que se revelem desperdício. E7: 17 - 17 (0)

	a definição de uma estratégia lúcida e respetiva disseminação pelo hospital é obrigatória. E4: 21 - 21 (0)
	objetivos de produção negociados internamente com cada departamento/serviço E2: 20 - 20 (0)
	empoderamento pela gestão E1: 20 - 20 (0)
Contratos programa desajustados à realidade	termos de contratualização pública que limitam ação interna e têm objetivos ambiciosos, mas desajustados E28: 20 - 20 (0)
	A contratualização no setor público limita a eficiência e promove o desperdício E26: 20 - 20 (0)
	condições de contratualização E16: 20 - 20 (0)
	pagamento aos hospitais não permitem o cumprimento num curto prazo deste objetivo. E16: 20 - 20 (0)
	As equipas não estão preparadas para este tipo de mudanças sem antes ser definida uma nova forma de financiamento E14: 20 - 20 (0)
	termos de contratualização que por vezes premeiam o incumpridor E11: 20 - 20 (0)
	adequando os objetivos para a contratualização tendo em conta todos os critérios de qualidade exigidos. E2: 20 - 20 (0)
Gestão de recursos	falta de recursos humanos para os serviços técnicos E28: 20 - 20 (0)
	falta de profissionais E12: 20 - 20 (0)
	alocação adequada de recursos humanos E6: 18 - 18 (0)
	sem desperdícios de recursos materiais E6: 18 - 18 (0)
	conomia dos meios e recursos aplicados, E4: 21 - 21 (0)
Incentivos	remuneração ajustada aos resultados de eficiência e qualidade E29: 20 - 20 (0)
	definição de metas e avaliação do desempenho dos serviços.

	E29: 20 - 20 (0)
	mais incentivo aos profissionais E21: 20 - 20 (0)
Envolver/ouvir os profissionais de saúde na gestão	gabinete de qualidade em parceria com a direção dos serviços. E31: 20 - 20 (0)
	motivando os profissionais e envolvendo-os nos processos de decisão como previsto para os Centros de Responsabilidade Integrada. E30: 20 - 20 (0)
	a opinião dos profissionais não é considerada E26: 20 - 20 (0)
	liderança e governação corporativa E25: 17 - 17 (0) liderança e governação clínica E25: 17 - 17 (0) A liderança e governação corporativa são essenciais para manter alinhados os interesses e expectativas dos colaboradores de todas as áreas profissionais, permitir o desenvolvimento de sistemas de informação adequados e eficientes e, essencialmente, manter o foco de toda a organização na ética de serviço, na qualidade e na eficiência na utilização dos recursos sempre escassos. E25: 19 - 19 (0) A liderança e governação clínica são absolutamente indispensáveis para favorecer o trabalho multi e transdisciplinar, para desenvolver o espírito de equipa, para obter os consensos em torno dos modelos de organização clínica e de prestação dos cuidados. E25: 20 - 20 (0)
	não existe uma programação da atividade efetiva que articule a gestão com a <i>clinical governance</i> . E24: 20 - 20 (0)
	participação ativa dos profissionais E23: 20 - 20 (0)
	implementação de uma liderança corporativa que envolva as mais variadas classes nos processos de gestão, E13: 20 - 20 (0) abertura e equilíbrio entre as partes, sempre em prol do utente. E13: 20 - 20 (0)
	envolvendo a componente clinica com a gestão E10: 20 - 20 (0)
	Gestão que envolve os colaboradores E8: 17 - 17 (0)

	envolvimento dos mesmos nalgumas tomadas de decisão. E8: 17 - 17 (0)
	áreasde produção exigem um profundo trabalho de equipa, para se consegui um equilíbrio (que não é fácil) entre qualidade e eficiência E5: 20 - 20 (0)
Motivação dos profissionais de saúde	motivando os profissionais E30: 20 - 20 (0)
	melhores condições de trabalho E29: 20 - 20 (0)
	descrença dos profissionais E24: 20 - 20 (0)
	melhores condições de trabalho E22: 20 - 20 (0)
	melhores condições de trabalho E21: 20 - 20 (0)
	os profissionais não estão motivados para colaborar, E11: 20 - 20 (0)
	condições de trabalho E4: 21 - 21 (0)
Maior autonomia dos gabinetes de qualidade	promovendo a ação mais autónoma do gabinete de qualidade E31: 20 - 20 (0)
	envolvendo o gabinete de qualidade no planeamento das atividades e no controlo de indicadores. E27: 20 - 20 (0)
Participação ativa das lideranças	a direção dos serviços. E31: 20 - 20 (0)
	éfundamental interesse da liderança E23: 20 - 20 (0)
	com uma forte liderança E20: 21 - 21 (0)
	verdadeiro interesse da gestão e com um pulso forte por parte da direção dos serviços. E17: 20 - 20 (0)
	liderança ativa que promova uma cultura organizacional orientada para o utente. E15: 20 - 20 (0)
	definição e conhecimento das funções e competências dos colaboradores E8: 17 - 17 (0)

	A liderança é fundamental E4: 21 - 21 (0)
Redesenho de processos	redesenhar processos. E32: 20 - 20 (0)
	engenharia e desenho de processos E25: 17 - 17 (0) A disciplina imposta pela engenharia de processos permite a definição integrada de processos administrativos, físicos (deslocações e espera de doentes, por exemplo), clínicos, logísticos, de sistemas de informação E25: 18 - 18 (0)
	redesenho de processos, envolvendo a componente clinica com a gestão E10: 20 - 20 (0)
Acompanhamento da atividade	acompanhamento por parte do conselho de administração E32: 20 - 20 (0)
	controlo de indicadores E27: 20 - 20 (0)
	supervisão E23: 20 - 20 (0)
	monitorização com um conjunto específico de indicadores E19: 20 - 20 (0)
	protocolos e respetiva monitorização E17: 20 - 20 (0) verdadeiro interesse da gestão E17: 20 - 20 (0)
	desde que exista uma monitorização rigorosa de indicadores que nos permitam identificar precocemente desvios ao planeado/metabolismos, E7: 17 - 17 (0)
	pode tornar-se num exercício diário, de avaliação de todos os fatores com impacto na relação eficiência/qualidade, para garantir que se mantém o equilíbrio entre todos os fatores E6: 18 - 18 (0)
	medir indicadores de saúde por região e os indicadores serão tanto melhores quanto maior for a qualidade e a eficiência das unidades de saúde dessa região e quanto maior for o seu nível de integração E5: 21 - 21 (0)
	análise da operacionalidade do processo de prestação dos serviços de saúde, E4: 21 - 21 (0)

	evolução comparativa destes (benchmarking) E4: 21 - 21 (0)
Desenvolvimento de protocolos	só com implementação de regras em forma de protocolo E32: 20 - 20 (0)
	estabelecimento de protocolos E20: 21 - 21 (0)
	elaboração de normas/protocolos E18: 20 - 20 (0)
	definição de protocolos E17: 20 - 20 (0)
	conjunto de protocolos, implementados de forma imperativa pelas chefias. E3: 20 - 20 (0)
	obrigatoriedade de cumprimento de normas E2: 20 - 20 (0)
	Garantindo funcionamento com regras, protocolos e monitorização E1: 20 - 20 (0)

QUESTÃO 4

(MAXQDA®)

MAXQDA 2018 Resumo de códigos (1)

Cor	Código	Segmentos codificados de todos os documentos	Autor	Data de criação	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
●	Promoção de boas práticas	2	AMATOS	31-01-2019 22:56:39	1,71	2
●	Penalidades	4	AMATOS	31-01-2019 23:03:52	3,42	4
●	Monitorização dos indicadores	13	AMATOS	31-01-2019 22:57:14	11,11	11
●	Inexistência/incumprimento de normas	6	AMATOS	31-01-2019 23:06:41	5,13	5
●	Incentivos	6	AMATOS	31-01-2019 23:03:47	5,13	5
●	Fraca liderança	11	AMATOS	01-02-2019 00:05:58	9,40	8
●	Forte liderança	11	AMATOS	31-01-2019 23:03:15	9,40	9
●	Falta de recursos	8	AMATOS	31-01-2019 23:01:54	6,84	8
●	Estabelecimento e cumprimento de normas/protocolos	9	AMATOS	31-01-2019 22:56:59	7,69	8
●	Empenho dos profissionais	12	AMATOS	31-01-2019 23:02:47	10,26	12
●	Desmotivação dos profissionais	23	AMATOS	31-01-2019 22:58:54	19,66	19
●	Contratualização	5	AMATOS	31-01-2019 23:09:49	4,27	4
●	Contratação de recursos humanos	2	AMATOS	01-02-2019 00:03:18	1,71	2
●	Comunicação	3	AMATOS	01-02-2019 23:23:39	2,56	1
●	Atividade do gabinete de qualidade	2	AMATOS	31-01-2019 23:08:03	1,71	2

Resumos com segmentos codificados - Questão 4.mx18

Código	Segmentos codificados
Comunicação	Para mim tudo se resume a problemas de comunicação E17: 23 - 23 (0)
	Comunicação entre o Ministério da Saúde e o Conselho de Administração no processo de realização de contratos E17: 23 - 23 (0)
	comunicação entre a Administração e as direções de serviços na definição de objetivos dos indicadores e suas limitações e na comunicação entre as direções e os seus profissionais E17: 23 - 23 (0)
Fraca liderança	empenho (ou a falta dele) da liderança, E31: 23 - 23 (0)
	falta de estratégia interna para organizar os processos de liderança no cumprimento das metas contratuais. E26: 23 - 23 (0)
	falta de liderança corporativa e clínica E25: 22 - 22 (0)
	abordagem muitas vezes amadora às questões da segurança dos doentes E25: 22 - 22 (0)
	a gestão que não tem em conta estes parâmetros quando apenas objetiva a eficiência ou o acesso, por exemplo E23: 23 - 23 (0)
	fraca liderança E20: 24 - 24 (0)
	falta de interesse E20: 24 - 24 (0)
	falta de interesse nas questões relacionadas com a segurança dos doentes E20: 24 - 24 (0)
	fraca liderança clínica e institucional E13: 23 - 23 (0)
	desarticulação e desorganização entre diferentes níveis de cuidados E5: 24 - 24 (0)

	falta de interesse das equipas de gestão E2: 23 - 23 (0)
Contratação de recursos humanos	contratação de recursos humanos E26: 23 - 23 (0)
	contratação de mais profissionais E19: 23 - 23 (0)
Contratualização	contratos de gestão estão desenhados E28: 23 - 23 (0) reforçar os termos referentes aos indicadores, mas ajustados à realidade E28: 23 - 23 (0)
	Comunicação entre o Ministério da Saúde e o Conselho de Administração no processo de realização de contratos E17: 23 - 23 (0)
	potenciar os indicadores deveria ser revista a contratualização personalizando os objetivos à capacidade interna de cada instituição. E14: 23 - 23 (0)
	não personalizados E12: 23 - 23 (0)
Atividade do gabinete de qualidade	atividade contínua dos serviços do gabinete de qualidade que deve intervir monitorizando, realizando visitas aos serviços e ações de formação. E30: 23 - 23 (0)
	falta de conhecimento dos profissionais que integram os gabinetes de qualidade E13: 23 - 23 (0)
Inexistência/incumprimento de normas	não cumprimento de normas E30: 23 - 23 (0) falta de protocolos, E30: 23 - 23 (0)
	que nem sempre estão orientados para cumprir novas normas, seguir protocolos e adotar experiências positivas de outras instituições. E27: 23 - 23 (0)
	falta de vontade dos profissionais de saúde em cumprir normas. E13: 23 - 23 (0)
	não cumprimento dos protocolos E11: 23 - 23 (0)
	Aversão ao cumprimento de regras E1: 23 - 23 (0)
Incentivos	incentivos

	E31: 23 - 23 (0)
	falta de incentivos E19: 23 - 23 (0)
	falta de incentivos E14: 23 - 23 (0) incentivo interno aos serviços que conseguisses melhorar os seus resultados e que se posicionassem ao nível dos melhores do grupo. E14: 23 - 23 (0)
	ausência de incentivos E10: 23 - 23 (0)
	Reconhecimento do trabalho realizado e, se possível, bem remunerado E8: 20 - 20 (0)
Penalidades	penalidades E31: 23 - 23 (0)
	sanções/penalidades constantes nos contratos programas E22: 23 - 23 (0)
	penalidades aplicadas que todos os dirigentes têm medo. E20: 24 - 24 (0)
	evitando multas e penalidades associadas aos contratos E19: 23 - 23 (0)
Forte liderança	empenho (ou a falta dele) da liderança, E31: 23 - 23 (0)
	liderança da gestão intermédia que coordena as várias prestações de cuidados de saúde nos mais diferenciados departamentos. E29: 23 - 23 (0)
	dinâmica da gestão E27: 23 - 23 (0)
	engenharia e desenho de processos E25: 22 - 22 (0) liderança e governação corporativa E25: 22 - 22 (0) liderança e governação clínica. E25: 22 - 22 (0)
	dinâmica dos órgãos de gestão E24: 23 - 23 (0)

	a força motora deve partir do conselho de administração e dos diretores de cada serviço clínico. E15: 23 - 23 (0)
	integração dos gestores e profissionais de saúde nos processos de contratualização E12: 23 - 23 (0)
	estabelecimento de objetivos por serviço/profissional E10: 23 - 23 (0)
	definição de estratégias corretas, E4: 24 - 24 (0)
Empenho dos profissionais	motivação E31: 23 - 23 (0)
	dedicação dos profissionais E30: 23 - 23 (0)
	relacionam-se exclusivamente com recursos humanos E29: 23 - 23 (0)
	recursos humanos, E28: 23 - 23 (0)
	empenho dos profissionais, E26: 23 - 23 (0)
	motivação dos recursos humanos E24: 23 - 23 (0)
	os profissionais E23: 23 - 23 (0)
	empenho dos profissionais e das direções intermédias E19: 23 - 23 (0)
	profissionalismo e a atitude correta dos profissionais que fazem esforços para dar o melhor de si para cuidar do utente E18: 23 - 23 (0)
	humanização na prestação de cuidados é fundamental, bem como a gestão da doença centrada no doente. E9: 24 - 24 (0)
	formação dos nossos profissionais E5: 24 - 24 (0)
	profissionalismo e grau de entrega dos profissionais que têm o cuidado de promover a qualidade e satisfação dos utentes. E2: 23 - 23 (0)
Falta de recursos	falta de recursos. E32: 23 - 23 (0)
	falta de recursos.

	E30: 23 - 23 (0)
	falta de profissionais, E21: 23 - 23 (0)
	falta de recursos humanos E18: 23 - 23 (0)
	falta de Recursos humanos E10: 23 - 23 (0)
	recursos humanos escassos E8: 19 - 19 (0)
	limitação de recursos E6: 20 - 20 (0)
	existência de gabinetes de qualidade em <i>part-time</i> . E2: 23 - 23 (0)
Monotorização dos indicadores	monitorização continua interna e à emissão de relatórios com identificação dos serviços mais problemáticos. E28: 23 - 23 (0)
	acompanhamento E27: 23 - 23 (0) Só com uma monitorização continua com um conjunto de indicadores permitirá melhorar as práticas e promover a qualidade E27: 23 - 23 (0)
	trabalho de auditoria e acompanhamento realizado pelo gabinete de qualidade E26: 23 - 23 (0)
	sistemas de acompanhamento/monitorização E23: 23 - 23 (0)
	reforço dos gabinetes de qualidade e o acompanhamento dos processos E22: 23 - 23 (0)
	falta de acompanhamento dos indicadores por parte do gabinete de qualidade que poderia ser mensal, trimestral. E21: 23 - 23 (0)
	análise mensal dos indicadores E19: 23 - 23 (0)
	qualidade dos registos, que são incompletos e pouco uniformes e transparentes E16: 23 - 23 (0) rever a forma como os dados são colhidos. E16: 23 - 23 (0)
	desenvolvimento de uma melhor monitorização mensal, com relatórios internos alertando falhas.

	E10: 23 - 23 (0)
	falta quantitativa e qualitativa dos registros E7: 19 - 19 (0)
	nem todas as organizações partilham os seus resultados E6: 20 - 20 (0)
Estabelecimento e cumprimento de normas/protocolos	realização de protocolos E32: 23 - 23 (0)
	existência de normas ou protocolo E23: 23 - 23 (0)
	realização de boas práticas internas, ou partilhadas por outras instituições E23: 23 - 23 (0)
	reorganização dos processos internos como a definição de protocolos articulados entre a governação corporativa e a governação clínica E21: 23 - 23 (0)
	cumprimento de normas, boas práticas E19: 23 - 23 (0)
	normas, procedimentos a implementar explicando os objetivos da mudança e a necessidade estrita de promover a qualidade da instituição. E17: 23 - 23 (0)
	criação de protocolos internos baseados na partilha de boas práticas de outras instituições similares. E12: 23 - 23 (0)
	com um conjunto de protocolos, implementados de forma imperativa pelas chefias. E3: 20 - 20 (0)
	cumprimento de regra E1: 23 - 23 (0)
Promoção de boas práticas	adoção de boas práticas E32: 23 - 23 (0)
	dificuldade na partilha de boas práticas E1: 23 - 23 (0)
Desmotivação dos profissionais	comportamento de alguns profissionais E32: 23 - 23 (0)
	motivação/desmotivação dos profissionais E31: 23 - 23 (0)
	ou melhor a falta dela

	E30: 23 - 23 (0)
	relacionam-se exclusivamente com recursos humanos E29: 23 - 23 (0)
	recursos humanos, E28: 23 - 23 (0)
	A maior limitação no processo relaciona-se com os recursos humanos E27: 23 - 23 (0)
	desmotivação dos recursos humanos E26: 23 - 23 (0)
	arrogância profissional E25: 22 - 22 (0)
	profissionais de saúde E23: 23 - 23 (0)
	os profissionais E23: 23 - 23 (0)
	a limitação maior está nos profissionais, desde os prestadores aos diretores de serviço. E22: 23 - 23 (0)
	desmotivação existente E21: 23 - 23 (0)
	desmotivação dos profissionais E19: 23 - 23 (0)
	qualidade dos registos, que são incompletos e pouco uniformes e transparentes E16: 23 - 23 (0)
	A maior limitação encontra-se na base da prestação, nos próprios recursos humanos E15: 23 - 23 (0)
	equipas estão exaustas E15: 23 - 23 (0)
	desinteressadas em cumprir normas ou protocolos ou acatar recomendações do gabinete de qualidade E15: 23 - 23 (0)
	desmotivação dos recursos humanos E14: 23 - 23 (0)
	falta de vontade dos profissionais de saúde E13: 23 - 23 (0)

	falta de motivação dos profissionais E11: 23 - 23 (0)
	pela falta de motivação E10: 23 - 23 (0)
	Excesso de trabalho E8: 19 - 19 (0) falta motivação dos colaboradores E8: 19 - 19 (0)

QUESTÃO 5

(MAXQDA®)

MAXQDA 2018 Resumo de códigos (1)

Cor	Código	Segmentos codificados de todos os documentos	Autor	Data de criação	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
●	Não	18	AMATOS	01-02-2019 00:54:00	56,25	18
●	Sim	14	AMATOS	01-02-2019 00:53:55	43,75	14

MAXQDA 2018 Resumo de códigos (1)

Cor	Código	Segmentos codificados de todos os documentos	Autor	Data de criação	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
●	Qualidade subvalorizada	4	AMATOS	01-02-2019 16:32:55	9,76	4
●	Poucas penalidades	1	AMATOS	01-02-2019 16:30:48	2,44	1
●	Fracos incentivos	5	AMATOS	01-02-2019 16:30:36	12,20	5
●	Contratos dirigidos para resultados de produção	9	AMATOS	01-02-2019 16:32:28	21,95	9
●	Contratos desajustados	9	AMATOS	01-02-2019 16:30:09	21,95	9
●	Contratos adequados aos objetivos	13	AMATOS	01-02-2019 16:34:25	31,71	11

Resumos com segmentos codificados - Questão 5.mx18

Código	Segmentos codificados
Contratos adequados aos objetivos	os termos de contratualização têm ao longo dos últimos 5 anos promovido a qualidade com penalizações ao não cumprimento desses objetivos. E27: 26 - 26 (0)
	desde 2013 os contratos programa estão mais dinâmicos e relacionam os resultados de acesso com eficiência e qualidade. E26: 26 - 26 (0)
	Contratos de Gestão possuem uma bateria de indicadores de qualidade do desempenho (no caso do Hospital Beatriz Ângelo são 96) e de um sistema de monitorização em real time que permite à ARSLVT acompanhar permanentemente a evolução desses indicadores. E25: 24 - 24 (0)
	O incumprimento da maioria dos indicadores de qualidade do Contrato de gestão determina a aplicação de penalidades financeiras que podem traduzir-se, se aplicadas, em milhões de euros por ano E25: 25 - 25 (0)
	O incumprimento dos restantes obriga à apresentação de planos de ação e medidas corretivas as quais, se não obtiverem sucesso, poderão, igualmente, dar lugar à aplicação de penalidades financeiras de elevado montante. E25: 25 - 25 (0)
	A preocupação da administração é fomentada pelas sanções/penalidades constantes nos contratos programas e isso, de certa forma, promove também a eficiência. E22: 26 - 26 (0)
	As penalidades existentes nos atuais contratos programa são suficientes para num curto prazo aliar os indicadores de qualidade aos de eficiência. E16: 26 - 26 (0)
	Já nas PPP é tudo mais padronizado com métricas apertadas relativas a indicadores de qualidade. E15: 26 - 26 (0)
	Concordo que foram dados grandes passos nesse sentido com resultados já vistos. E14: 26 - 26 (0)

	<p>o reforço da contratação de atividade programada, nomeadamente de 1ªs primeiras consultas hospitalares, a aposta na hospitalização domiciliária, a introdução de novas modalidades de pagamento em novas áreas de atividade, como sejam os programas de rastreio de base populacional, a valorização da atividade realizada nos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) estimulam as instituições no que à promoção da eficiência associada à qualidade diz respeito.</p> <p>E9: 27 - 27 (0)</p>
	<p>o contrato pressupõe a concretização de uma quantidade de metas obrigatórias (produção e qualidade) que aparentam garantir uma organização eficiente.</p> <p>E6: 22 - 22 (0)</p>
	<p>Os atuais Contractos Programa até têm indicadores de qualidade, que são valorizados financeiramente (taxas de infeção hospitalar tempos de intervenção cirúrgica para fraturas da anca, 1ºs consultas versus 2ªs consultas, etc) mas aparecem-nos muito desgarrados e por isso pouco integrados.</p> <p>E5: 28 - 28 (0)</p>
	<p>Os estímulos estão lá incluídos.</p> <p>E4: 27 - 27 (0)</p>
Qualidade subvalorizada	<p>a qualidade é ainda subvalorizada nos contratos.</p> <p>E30: 26 - 26 (0)</p>
	<p>não promovem a qualidade</p> <p>E21: 26 - 26 (0)</p>
	<p>o sistema de penalizações para os incumprimentos parece um fim em si mesmo. A penalização parece tornar-se o mais importante, o estado parecer ter como fim a penalização.</p> <p>E6: 22 - 22 (0)</p>
	<p>qualidade e eficiência são potenciadas pela necessidade de evitar as penalidades referidas nos contratos</p> <p>E3: 26 - 26 (0)</p>
Contratos dirigidos para resultados de produção	<p>Os contratos programa valorizam a produção direta</p> <p>E30: 26 - 26 (0)</p>
	<p>Os termos dos contratos programa visam ano para ano o crescimento da atividade clínica e pouco impacto tem a qualidade no financiamento</p> <p>E24: 26 - 26 (0)</p>
	<p>apenas se valoriza a atividade programada</p>











	<p>E23: 26 - 26 (0)</p> <p>apenas a maior produção</p> <p>E21: 26 - 26 (0)</p> <p>Se por exemplo perco dois médicos numa especialidade onde tinha quatro, é normal que poderei não ter problemas na qualidade (até poderá crescer), mas certamente produzirei menos no global.</p> <p>E20: 27 - 27 (0)</p> <p>Os contratos programa cingem-se muito à produção e pouquíssimo com questões de qualidade, o que é uma limitação quando comparado com os contratos aplicados às PPP.</p> <p>E18: 26 - 26 (0)</p> <p>O crescimento da atividade relativamente ao ano anterior é a principal preocupação do governo e não a qualidade.</p> <p>E11: 26 - 26 (0)</p> <p>Os contratos vigentes estimulam a produção adicional com penalidades associadas aos indicadores de qualidade.</p> <p>E10: 26 - 26 (0)</p> <p>Contratos programa são fundamentalmente baseados em produção</p> <p>E1: 26 - 26 (0)</p>
Poucas penalidades	<p>Os incentivos/penalidades previstos nos contratos não são suficientes para promover em simultâneo a eficiência e a qualidade</p> <p>E31: 26 - 26 (0)</p>
Fracos incentivos	<p>Os incentivos/penalidades previstos nos contratos não são suficientes para promover em simultâneo a eficiência e a qualidade</p> <p>E31: 26 - 26 (0)</p> <p>aplicação de penalidades não é no meu ponto de vista a melhor forma de estimular a promoção da eficiência associada à qualidade</p> <p>E29: 26 - 26 (0)</p> <p>É preciso mais incentivos e menos penalidades.</p> <p>E13: 26 - 26 (0)</p> <p>O incentivo aliado à melhoria da eficiência com qualidade funcionaria melhor do que o atual modelo penalizador.</p> <p>E12: 26 - 26 (0)</p> <p>os parceiros parecem dois inimigos, um que luta para penalizar e o outro que luta para não ser penalizado.</p> <p>E6: 22 - 22 (0)</p>

Contratos desajustados	Os contratos não estão ajustados aos recursos necessários e por isso é difícil promover eficiência com qualidade em simultâneo E32: 26 - 26 (0)
	O problema encontra-se como referi na forma como os contratos de gestão estão desenhados e é aí que se deve reforçar os termos definidos para estes objetivos desde que ajustados à realidade. E28: 26 - 26 (0)
	Os contratos programa estão completamente desajustados da realidade, não promovem a qualidade e apenas a maior produção. E21: 26 - 26 (0)
	Os termos atuais estão programados para o crescimento da atividade sem ter em conta a realidade dos hospitais. E20: 27 - 27 (0)
	O processo de realização de contratos baseia-se no histórico e o conteúdo é por norma desfasado da realidade. E17: 26 - 26 (0)
	Os contratos de gestão estão desenquadrados com a realidade E8: 22 - 22 (0)
	desajustados da realidade, parecem definidos e determinados por teóricos que pouco refletem a prática clínica, e as necessidades da população. E7: 21 - 21 (0)
	Os contratos programa valorizam o histórico da unidade hospitalar e não o presente. E2: 26 - 26 (0)
	seguem em grande medida os valores históricos, não têm em conta o <i>benchmarking</i> existentes nem fazem diferenciação positiva. E1: 26 - 26 (0)

QUESTÃO 6

(MAXQDA®)

MAXQDA 2018 Resumo de códigos (2)

Cor	Código	Segmentos codificados de todos os documentos	Autor	Data de criação	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
	10	0	AMATOS	01-02-2019 01:01:20	0,00	0
	9	9	AMATOS	01-02-2019 01:01:16	28,13	9
	8	6	AMATOS	01-02-2019 01:01:13	18,75	6
	7	8	AMATOS	01-02-2019 01:01:10	25,00	8
	6	4	AMATOS	01-02-2019 01:01:08	12,50	4
	5	3	AMATOS	01-02-2019 01:01:03	9,38	3
	4	1	AMATOS	01-02-2019 01:01:01	3,13	1
	3	1	AMATOS	01-02-2019 01:00:58	3,13	1
	2	0	AMATOS	01-02-2019 01:00:54	0,00	0
	1	0	AMATOS	01-02-2019 01:00:52	0,00	0

MAXQDA 2018 Resumo de códigos (1)

Cor	Código	Segmentos codificados de todos os documentos	Autor	Data de criação	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
●	Restrição orçamental	5	AMATOS	01-02-2019 16:52:21	11,11	5
●	Recurso a co-financiamentos	1	AMATOS	01-02-2019 18:24:58	2,22	1
●	Problemas de infra-estruturas	3	AMATOS	01-02-2019 16:53:47	6,67	3
●	Plano estratégico	6	AMATOS	01-02-2019 18:24:51	13,33	5
●	Orçamento equilibrado	1	AMATOS	01-02-2019 18:08:54	2,22	1
●	Liderança ativa e partilhada	3	AMATOS	01-02-2019 18:21:00	6,67	3
●	Inovação	3	AMATOS	01-02-2019 23:50:36	6,67	3
●	Flexibilidade nos instrumentos de gestão	3	AMATOS	01-02-2019 17:01:47	6,67	2
●	Falta de recursos humanos	3	AMATOS	01-02-2019 16:52:54	6,67	3
●	Falta de investimento	5	AMATOS	01-02-2019 16:55:05	11,11	5
●	Falta de articulação entre gestão e profissionais	4	AMATOS	01-02-2019 18:15:55	8,89	4
●	Evitar desperdícios	7	AMATOS	01-02-2019 18:31:59	15,56	5
●	Aposta em serviços de ambulatório	1	AMATOS	01-02-2019 17:04:50	2,22	1

Resumos com segmentos codificados - Questão 6ef.mx18











Código	Segmentos codificados
Inovação	desinvestimento na inovação E24: 29 - 29 (0)
	gestão intermédia que não promove a inovação de processos e por parte do poder político que parece querer poupar no SNS E12: 29 - 29 (0)
	práticas inovadoras E5: 31 - 31 (0)
Evitar desperdícios	falta de otimização de recursos E21: 29 - 29 (0)
	desperdício E17: 29 - 29 (0)
	grande enfoque na gestão dos Recursos disponíveis E7: 23 - 23 (0)
	evicção do desperdício, E7: 23 - 23 (0)
	práticas inovadoras E5: 31 - 31 (0)
	estratégias de promoção de eficiência E3: 29 - 29 (0)
	recondicionamento de equipamentos E3: 29 - 29 (0)
Recurso a co-financiamentos	por conta dos programas de cofinanciados E11: 29 - 29 (0)
Plano estratégico	plano estratégico robusto

	<p>E16: 29 - 29 (0)</p> <p>resultado do nosso plano estratégico para o triénio que envolveu toda a estrutura neste objetivo</p> <p>E13: 29 - 29 (0)</p> <p>plano estratégico que tem promovido a eficiência através da inovação</p> <p>E11: 29 - 29 (0)</p> <p>proposta de reorganização interna dos serviços,</p> <p>E9: 30 - 30 (0)</p> <p>melhorar a performance da Instituição (tanto ao nível de recursos como ao nível gastos com a operação)</p> <p>E9: 30 - 30 (0)</p> <p>Existência de um plano estrategico, objetivos conhecidos de todos,</p> <p>E8: 24 - 24 (0)</p>
Liderança ativa e partilhada	<p>liderança partilhada com intervenção dos administradores hospitalares e do gabinete de qualidade.</p> <p>E16: 29 - 29 (0)</p> <p>preocupação das chefias em envolver o máximo de colaboradores nas decisões</p> <p>E8: 24 - 24 (0)</p> <p>empenho de toda a estrutura na melhoria da produção, no investimento, na contratualização</p> <p>E5: 31 - 31 (0)</p>
Falta de articulação entre gestão e profissionais	<p>falta de envolvimento da gestão intermédia nos processos de decisão</p> <p>E21: 29 - 29 (0)</p> <p>dispersão</p> <p>E18: 29 - 29 (0)</p> <p>falta de ligação entre os profissionais de saúde e serviços de apoio, sendo o caso mais grave a aquisição de equipamentos que são usados pelos profissionais mas escolhidos em função do preço</p> <p>E17: 29 - 29 (0)</p> <p>envolvimento dos diretores de serviço com o gabinete de qualidade tem contribuído para estes resultados.</p> <p>E15: 29 - 29 (0)</p>
Orçamento equilibrado	<p>motivados por um orçamento equilibrado, com a presença de um investidos que nos acompanha nos processos e com uma maior</p>

	<p>autonomia nos processos. E26: 29 - 29 (0)</p>
Aposta em serviços de ambulatório	<p>promove por exemplo mais o ambulatório em detrimento do internamento e crescemos 20% no número de consultas E27: 29 - 29 (0)</p>
Flexibilidade nos instrumentos de gestão	<p>facilidade em contratar pessoal à medida que necessitamos E28: 29 - 29 (0)</p> <p>realizar contratos com parceiros E28: 29 - 29 (0)</p> <p>forte aposta em equipamentos, a aposta na eficiência energética E16: 29 - 29 (0)</p>
Falta de investimento	<p>Não temos recursos nem financeiros nem humanos que nos permitam investir na otimização de recursos E30: 29 - 29 (0)</p> <p>limita o investimento tecnológico E29: 29 - 29 (0)</p> <p>não permite reformas estruturais nem a compra de novos meios complementares de diagnóstico. E23: 29 - 29 (0)</p> <p>falta de investimento E22: 29 - 29 (0)</p> <p>não permite investimento em medidas promotoras de eficiência a médio longo prazo como por exemplo a aquisição de novos equipamentos de diagnóstico e terapêutica E10: 29 - 29 (0)</p>
Problemas de infra-estruturas	<p>limitações orçamentais, estruturais E32: 29 - 29 (0)</p> <p>Este é um hospital que sofre pela sua estrutura arquitetónica com centenas de anos, E31: 29 - 29 (0)</p> <p>realização de obras de requalificação do edifício E10: 29 - 29 (0)</p>

Falta de recursos humanos	limitações orçamentais, estruturais e de recursos humanos E32: 29 - 29 (0)
	Não temos recursos nem financeiros nem humanos E30: 29 - 29 (0)
	dificuldade em contratar médicos especialistas E29: 29 - 29 (0)
Restrição orçamental	limitações orçamentais E32: 29 - 29 (0)
	Não temos recursos nem financeiros nem humanos E30: 29 - 29 (0)
	elevado subfinanciamento E29: 29 - 29 (0)
	financiamento é muito limitado E14: 29 - 29 (0)
	Estamos subfinanciados E10: 29 - 29 (0)

MAXQDA 2018 Resumo de códigos (2)

Cor	Código	Segmentos codificados de todos os documentos	Autor	Data de criação	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
	10	0	AMATOS	01-02-2019 01:01:20	0,00	0
	9	13	AMATOS	01-02-2019 01:01:16	40,63	13
	8	9	AMATOS	01-02-2019 01:01:13	28,13	9
	7	5	AMATOS	01-02-2019 01:01:10	15,63	5
	6	3	AMATOS	01-02-2019 01:01:08	9,38	3
	5	0	AMATOS	01-02-2019 01:01:03	0,00	0
	4	1	AMATOS	01-02-2019 01:01:01	3,13	1
	3	1	AMATOS	01-02-2019 01:00:58	3,13	1
	2	0	AMATOS	01-02-2019 01:00:54	0,00	0
	1	0	AMATOS	01-02-2019 01:00:52	0,00	0

MAXQDA 2018 Resumo de códigos (1)

Cor	Código	Segmentos codificados de todos os documentos	Autor	Data de criação	% Segmentos codificados de todos os documentos	Documentos
●	Realização de auditorias	4	AMATOS	01-02-2019 16:57:18	12,50	4
●	Problemas de infra-estruturas	1	AMATOS	01-02-2019 16:53:47	3,13	1
●	Gabinete de qualidade interventivo	5	AMATOS	01-02-2019 16:59:06	15,63	5
●	Falta de recursos humanos	1	AMATOS	01-02-2019 16:52:54	3,13	1
●	Falta de articulação	1	AMATOS	01-02-2019 18:46:09	3,13	1
●	Eventos adversos	1	AMATOS	01-02-2019 17:10:26	3,13	1
●	Empenho dos recursos humanos	3	AMATOS	01-02-2019 16:58:08	9,38	3
●	Desinvestimento na formação e ação do gabinete de qualidade	8	AMATOS	01-02-2019 16:55:05	25,00	7
●	Cultura organizacional que prima a qualidade	3	AMATOS	01-02-2019 16:58:20	9,38	3
●	Boa gestão	2	AMATOS	01-02-2019 18:12:56	6,25	2
●	Articulação entre os diferentes atores	3	AMATOS	01-02-2019 16:57:46	9,38	3

Resumos com segmentos codificados - Questão 6qual.mx18

Código	Segmentos codificados
Falta de articulação	falta de articulação E17: 29 - 29 (0)
Boa gestão	forte empenho da administração E24: 29 - 29 (0)
	forte controlo na gestão dos recursos e monitorização de indicadores E7: 23 - 23 (0)
Eventos adversos	existem limitações nomeadamente não controladas pelo gabinete e relacionadas com atividade direta dos profissionais, que impedem a classificação de 10. E27: 29 - 29 (0)
Gabinete de qualidade interventivo	gabinete muito competente E30: 29 - 29 (0)
	um gabinete de qualidade muito presente E29: 29 - 29 (0)
	um gabinete de qualidade dedicado que promove ações internas em todos os níveis. E23: 30 - 30 (0)
	um gabinete reforçado que ouve os profissionais de saúde E21: 29 - 29 (0)
	Existências de auditorias externas e internas que avaliam a qualidade dos serviços prestados. E8: 24 - 24 (0)
Cultura organizacional que prima a qualidade	a cultura organizacional implementada E31: 29 - 29 (0)
	o meu hospital produz pouco mas bem. E29: 29 - 29 (0)

	<p>uma cultura organizacional muito forte e motivada nesta área. E21: 29 - 29 (0)</p>
Empenho dos recursos humanos	<p>profissionalismo dos recursos humanos, que dedicam grande atividade na obtenção dos mais elevados padrões de qualidade. E31: 29 - 29 (0)</p> <p>temos um grupo de profissionais coesos que promove as melhores práticas E29: 29 - 29 (0)</p> <p>Equipas altamente profissionais, envolvidas e empenadas no cuidado ao doente/cliente E7: 23 - 23 (0)</p>
Articulação entre os diferentes atores	<p>articular as ações de melhoria envolvendo toda a estrutura do hospital. E32: 29 - 29 (0)</p> <p>intervenção dos administradores hospitalares e do gabinete de qualidade. E16: 29 - 29 (0)</p> <p>envolvimento dos diretores de serviço com o gabinete de qualidade tem contribuído para estes resultados. E15: 29 - 29 (0)</p>
Realização de auditorias	<p>tem margem de crescimento desde que se continue a promover auditorias E32: 29 - 29 (0)</p> <p>somos avaliados com base em 96 indicadores E26: 29 - 29 (0)</p> <p>auditorias externas e internas E8: 24 - 24 (0)</p> <p>em constante auditoria à qualidade dos cuidados, o que mantém elevado nível de proficiência. E7: 23 - 23 (0)</p>
Desinvestimento na formação e ação do gabinete de qualidade	<p>alocação de mais recursos ao gabinete de qualidade. E24: 29 - 29 (0)</p> <p>na formação E20: 30 - 30 (0)</p> <p>4h semanais, não dando para fazer auditorias a todos os serviços.</p>

	<p>E19: 29 - 29 (0)</p> <hr/> <p>ausência de formação em serviço</p> <p>E17: 29 - 29 (0)</p> <hr/> <p>gabinete de qualidade inerte,</p> <p>E17: 29 - 29 (0)</p> <hr/> <p>desinvestimento na formação de profissionais qualificados para conduzirem o gabinete de qualidade, que praticamente não existe.</p> <p>E12: 29 - 29 (0)</p> <hr/> <p>precisa de ser dinamizada e contar com a participação dos profissionais.</p> <p>E11: 29 - 29 (0)</p> <hr/> <p>dificuldades em dar formação aos profissionais</p> <p>E10: 29 - 29 (0)</p>
Problemas de infra-estruturas	<p>deficiência de infraestruturas como é exemplo a dificuldade em estabelecer áreas de limpos e de apoio à prática clínica, bem como a ampliação do bloco operatório urgente e necessária permitindo uma maior circulação de doentes.</p> <p>E10: 29 - 29 (0)</p>
Falta de recursos humanos	<p>prejudicada pela falta de recursos humanos</p> <p>E20: 30 - 30 (0)</p>